

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE À L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
ÉLYSA CÔTÉ-SÉGUIN

IMPACTS D'UNE DANSE-THÉRAPIE GROUPELE SUR LES PERTURBATIONS  
DE L'IMAGE CORPORELLE ET DE L'INTÉROCEPTION CHEZ DES  
ADOLESCENTES HOSPITALISÉES POUR UN TROUBLE ALIMENTAIRE

AOÛT 2018

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Psy.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

IMPACTS D'UNE DANSE-THÉRAPIE GROUPALE SUR LES PERTURBATIONS  
DE L'IMAGE CORPORELLE ET DE L'INTÉROCEPTION CHEZ DES  
ADOLESCENTES HOSPITALISÉES POUR UN TROUBLE ALIMENTAIRE

PAR  
ÉLYSA CÔTÉ-SÉGUIN

Guadalupe Puentes-Neuman, directrice de recherche

Université de Sherbrooke

Claud Bisailon, évaluatrice

Université de Sherbrooke

Pierre Plante, évaluateur externe

Université du Québec à Montréal

## Sommaire

De nombreuses études montrent l'importance des interventions thérapeutiques impliquant le corps dans la prise en charge des patients présentant un trouble alimentaire. Des démarches de collaboration ont été entreprises entre le Centre national de danse-thérapie des Grands Ballets Canadiens de Montréal et la Section de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine pour intégrer des soins de danse-thérapie à la prise en charge au sein du programme des troubles alimentaires. Cette étude pilote vise à accompagner l'implantation de cette intervention par l'analyse quantitative et qualitative de ses impacts sur les perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception des participantes ( $N = 27$ ) à partir d'un devis de recherche quasi-expérimental de type pré-test/post-test avec groupe témoin non-équivalent. Le logiciel *Quantification de la distorsion de l'image corporelle* (Q-DIC), les sous-échelles *Recherche de minceur*, *Boulimie*, *Insatisfaction corporelle* et *Déficits intéroceptifs* de l'*Eating Disorders Inventory-3* (EDI-3) ont été utilisés au pré-test et au post-test et ont été analysés à l'aide de tests  $t$  pour échantillons appariés. Il s'avère qu'une diminution significative des déficits intéroceptifs est observée au sein du groupe expérimental ( $n = 17$ ) seulement. Les autres variables dépendantes ne varient pas de manière significative suite à l'hospitalisation, avec ou sans danse-thérapie groupale. Ensuite, les journaux de bord complétés lors des séances de danse-thérapie et les réponses à des questions sur la perception des impacts des services reçus ont été analysés pour en faire ressortir les thèmes principaux. Ceux-ci ont pu être regroupés a posteriori en catégories distinctes : apprendre à être bien dans l'ici et maintenant, découvrir et s'ouvrir à de nouvelles

possibilités positives et explorer le vécu émotionnel. Il apparaît de plus que les participantes présentant une diminution de leur symptomatologie des troubles alimentaires ont abordé davantage de rubriques traitant de l'exploration et de la modification des émotions, de la connexion aux autres et de l'identification d'éléments qu'elles ont spécifiquement appréciés durant les séances de danse-thérapie groupale. La présente étude confirme la pertinence d'offrir une intervention axée sur le lien entre le corps et l'esprit dans le traitement des troubles alimentaires.

Mots clés : troubles alimentaires, anorexie mentale, adolescence, hospitalisation, insatisfaction corporelle, distorsion de l'image corporelle, recherche de minceur, boulimie, déficits intéroceptifs, danse-thérapie groupale, intervention psycho-corporelle

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Table des matières .....	v
Liste des tableaux .....	ix
Liste des figures .....	x
Remerciements .....	xi
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	6
Anorexie mentale .....	7
Développement .....	17
Triade des caractéristiques psychiatriques .....	21
Perturbations du sentiment d'auto-efficacité .....	22
Perturbations de l'image corporelle .....	23
Perturbations de l'intéroception .....	30
Traitement de l'anorexie mentale.....	35
Approches thérapeutiques axées sur la parole .....	36
Approches thérapeutiques axées sur le lien entre le corps et l'esprit.....	38
Danse-thérapie.....	42
Assises conceptuelles dans les théories psychologiques.....	42
Fondements cliniques de la danse-thérapie.....	47
Déroulement.....	51
Utilité de l'approche thérapeutique .....	59

Impacts de la danse-thérapie .....	60
Pertinence de l'étude .....	68
Objectif et hypothèses .....	69
Méthode.....	72
Participants .....	73
Intervention .....	75
Recrutement et obtention du consentement .....	75
Déroutement et collecte de données.....	76
Instruments de mesure.....	77
Caractéristiques individuelles .....	77
Quantification de la distorsion de l'image corporelle.....	78
Eating Disorder Inventory-3 .....	79
Journaux de bord des participantes et questions écrites au post-test .....	82
Plan d'expérimentation .....	82
Analyse des données .....	83
Considérations éthiques .....	87
Résultats .....	89
Analyses préliminaires .....	90
Équivalence des groupes .....	90
Valeurs manquantes .....	93
Vérification des hypothèses .....	96
Rappel des hypothèses .....	96

Résultats des analyses .....	97
Analyses quantitatives reliées aux questions de recherche .....	103
Liens entre les variables dépendantes quantitatives.....	104
Analyses qualitatives reliées aux questions de recherche .....	110
Rubriques thématiques .....	113
Analyses mixtes reliées aux questions de recherche.....	138
Liens entre les variables dépendantes quantitatives et les rubriques thématiques	138
Discussion .....	141
Impacts sur le plan des perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception...	143
Impacts sur le plan des perturbations de l'image corporelle.....	143
Impacts sur le plan des perturbations de l'intéroception.....	147
Liens entre les variables quantitatives .....	152
Rubriques thématiques explorées sur le plan qualitatif .....	159
Liens entre les variables dépendantes quantitatives et les rubriques thématiques	167
Contribution de la modalité d'intervention groupale .....	170
Contribution de la danse-thérapie .....	172
Forces et limites de l'étude .....	179
Implications cliniques .....	185
Pistes pour les recherches futures .....	186
Conclusion .....	193
Références .....	198
Appendice A. Caractéristiques individuelles des participantes .....	217

Appendice B. Déroulement d'une séance de danse-thérapie groupale .....	219
Appendice C. Formulaire de consentement .....	222
Appendice D. <i>Quantification de la distorsion de l'image corporelle</i> .....	227
Appendice E. <i>Eating Disorders Inventory-3</i> .....	229
Appendice F. Journal de bord .....	231
Appendice G. Questions posées par écrit en post-test .....	233
Appendice H. Analyses préliminaires entre les participantes ayant complété la recherche et celles ne l'ayant pas complété .....	235
Appendice I. Thèmes classés par rubriques thématiques .....	238



## Liste des tableaux

### Tableau

1. Caractéristiques individuelles des participantes.....	218
2. Comparaisons entre les deux groupes (expérimental et témoin) sur les caractéristiques des participantes et sur les variables dépendantes au pré-test (tests $t$ pour échantillons indépendants) .....	92
3. Comparaisons entre les deux groupes (expérimental et témoin) sur les caractéristiques des participantes, sur l'indice de masse corporelle et sur les variables dépendantes au pré-test (tests de Mann-Whitney).....	93
4. Comparaisons entre les participantes ayant complété la recherche et celles ne l'ayant pas complété sur les variables sociodémographiques, sur l'indice de masse corporelle et sur les variables dépendantes aux deux temps de mesure (tests $t$ pour échantillons indépendants) .....	236
5. Comparaisons entre les participantes ayant complété la recherche et celles ne l'ayant pas complété sur les variables sociodémographiques, sur l'indice de masse corporelle et sur les variables dépendantes au pré-test (tests de Mann-Whitney présentés lorsque le postulat de normalité n'est pas respecté) .....	237
6. Comparaisons entre le pré-test et le post-test sur les variables dépendantes pour le groupe expérimental (tests $t$ pour échantillons appariés) .....	98
7. Comparaisons entre le pré-test et le post-test sur les variables dépendantes pour le groupe témoin (tests $t$ pour échantillons appariés).....	99
8. Comparaisons entre le pré-test et le post-test sur les variables dépendantes pour le groupe expérimental et le groupe témoin (tests des rangs signés de Wilcoxon) .....	100
9. Comparaisons entre les deux groupes (expérimental et témoin) sur les variables dépendantes au post-test (tests $t$ pour échantillons indépendants) .....	104
10. Comparaisons entre les deux groupes (expérimental et témoin) sur l'indice de masse corporelle et les variables dépendantes au post-test (tests de Mann-Whitney).....	105
11. Scores de différences aux variables dépendantes et différence d'indice de masse corporelle pour chaque participante selon le groupe (ordonnés selon le score de différence aux déficits intéroceptifs).....	111

## Liste des figures

### Figure

1. Rubriques thématiques, par fréquence d'apparition, mentionnées par le groupe expérimental en lien avec la danse-thérapie groupale..... 132
2. Rubriques thématiques, par fréquence d'apparition, mentionnées par le groupe expérimental en lien avec l'hospitalisation ..... 134
3. Rubriques thématiques, par fréquence d'apparition, mentionnées par le groupe témoin en lien avec l'hospitalisation..... 134

## **Remerciements**

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de recherche à l'Université de Sherbrooke, Guadalupe Puentes-Neuman, de m'avoir suivie dans un projet nouveau lui permettant d'explorer un champ d'intervention encore peu connu au Québec, la danse-thérapie. Son ouverture m'a permis de réaliser une thèse mettant en lien deux passions que je nourris depuis que je suis enfant : la danse et la relation d'aide. Je la remercie pour son écoute, ses conseils toujours pertinents et constructifs et la confiance qu'elle a placée en moi. Ensuite, la touche finale de cette thèse sur le plan de la présentation et du français a pu être apportée grâce au travail minutieux de ma réviseuse, Rosalie Guillemette, et aux commentaires justes et constructifs de mon comité d'évaluation.

Je tiens également à remercier tous les collaborateurs de la Section de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine ayant chapeauté la recherche plus large dans laquelle s'inscrit ma thèse, Chantal Stheneur, pédiatre (M. D., Ph. D.), Louis Picard, psychologue (Ph. D.), Danielle Taddeo, pédiatre (M. D., FRCPC), Oliver Jamouille, pédiatre (M. D., FRCP), et Jean-Yves Frappier, pédiatre (M. D., FRCPC). Leur soutien lors de la rédaction de mon projet de thèse, lors de la collecte de données et lors de la préparation de diverses communications scientifiques ont permis la réalisation d'une recherche rigoureuse. La collaboration de tout le personnel de l'unité d'hospitalisation de la Section de médecine de l'adolescence a également grandement contribué à la réalisation de ma thèse. En effet, réceptionnistes, secrétaires, infirmières, travailleuses sociales, psychoéducatrices et psychologues ont facilité la tenue de la collecte de

données en plus de s'impliquer dans l'implantation de l'intervention de danse-thérapie groupale auprès de leurs patients.

Je remercie aussi les collaborateurs du Centre national de danse-thérapie des Grands Ballets Canadiens de Montréal ayant permis la mise en place de l'intervention de danse-thérapie groupale sur laquelle se penche ma recherche. Tout d'abord, je remercie Andrea de Almeida, danse-thérapeute (M. A., R-DMT), qui offre l'intervention aux adolescents hospitalisés pour un trouble alimentaire et s'implique dans l'équipe de soins pour contribuer à leur rémission. Elle a fait preuve d'une grande ouverture en permettant l'utilisation des journaux de bord, ayant un objectif avant tout clinique, pour enrichir ma thèse. Ensuite, je remercie Christian Sénéchal, directeur, et Amy Éloïse Mailloux, coordonnatrice du Centre national de danse-thérapie, qui ont permis avec professionnalisme l'implantation adéquate d'une intervention novatrice dans les milieux hospitaliers québécois.

Un merci particulier également à toutes les adolescentes qui ont consenti à participer à cette recherche, ainsi qu'à leurs parents qui ont également donné leur accord. Leur participation a permis de recueillir des informations précieuses sur leur vécu durant l'hospitalisation et durant la danse-thérapie groupale. Ces informations mises en commun permettront l'amélioration des services offerts à l'unité d'hospitalisation de la Section de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine.

Je ne saurais passer sous silence l'importance du financement ayant permis la réalisation des différentes étapes de ma thèse. Ainsi, je remercie la Fondation du CHU Sainte-Justine de soutenir financièrement l'intervention de danse-thérapie groupale et

d'avoir contribué financièrement à ma présentation par affiche lors de la Conférence annuelle de l'American Dance Therapy Association 2015 à San Diego. Je souhaite également remercier la Faculté de lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke qui m'a décerné deux bourses de valorisation des travaux de recherche, me permettant ainsi d'effectuer deux présentations par affiche, à San Diego et à Toronto (Symposium national sur la danse et le mieux-être).

Toutes les personnes que j'ai côtoyées au cours de mes formations en psychologie et en danse-thérapie, collègues et professeurs, ont également contribué à la réalisation de mon projet de recherche à travers de multiples discussions académiques des plus enrichissantes. Les discussions scientifiques ayant eu lieu lors des symposiums (Symposium international sur les troubles du comportement alimentaire 2016 et Symposium national sur la danse et le mieux-être), conférences (Conférences annuelles de l'American Dance Therapy Association 2013, 2014 et 2015) et colloque (Colloque international sur l'image corporelle 2017) ont de plus mis sur mon chemin des professionnels de divers domaines, m'amenant ainsi à élaborer davantage ma compréhension clinique et scientifique reliée à ma recherche.

Je souhaite aussi souligner le soutien indéfectible de mon époux qui m'a vue passer à travers une gamme d'émotions extrêmement variée. Il a su m'appuyer dans les différentes étapes d'un processus long et rempli de défis. Grâce à lui, j'ai pu consacrer un nombre incalculable d'heures à mon travail académique en lui reléguant les tâches ménagères. J'ai également pu compter sur lui pour m'aider à maintenir un équilibre dans ma vie, en conciliant études, travail et vie personnelle. Je remercie également ma

famille, mes amis et mes collègues de travail qui se sont intéressés à mon projet et qui ont cru en moi tout au long de mon parcours. Le soutien de chacun m'a reflété l'importance de persévérer jusqu'à la fin dans ce projet qui me tenait à cœur dès le début.

## **Introduction**

Selon l'American Psychiatric Association (APA, 2013), l'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire apparaissant généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Ce trouble de santé mentale est présent chez environ 0,3 à 0,4 % des filles et des femmes âgées de 11 à 35 ans (APA; Hoek & van Hoeken, 2003). La chronicité de l'anorexie mentale peut en partie expliquer l'apparition de nombreuses conséquences sur les plans physiologique, psychologique, médical, développemental, social et scolaire ou professionnel (APA; Chavez & Insel, 2007; Flament, Godart, Fermanian, & Jeammet, 2001). De plus, le taux de mortalité de l'anorexie mentale s'avère élevé en raison des nombreux suicides et des morts à la suite de complications médicales (APA; Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011; Birmingham, Su, Hlynsky, Goldner, & Gao, 2005; Keel et al., 2003).

Près du tiers des adolescentes canadiennes de 14-15 ans dit suivre une diète dans le but de perdre du poids et près des deux tiers indiquent avoir tenté de contrôler leur poids dans la dernière année (Boyce, 2004). De plus, au Canada et aux États-Unis, 70 % des jeunes filles ayant un poids santé aimeraient maigrir (Richardson & Perrone, 2014, Novembre). D'ailleurs, les jeunes femmes et les adolescentes en particulier sont plus à risque de développer un trouble alimentaire (APA, 2013). Or, puisqu'une prise en charge hâtive de l'anorexie mentale diminue les risques de mortalité (Arcelus et al., 2011), il s'avère pertinent de s'intéresser aux traitements offerts durant l'adolescence.



Malgré l'importance prépondérante du rapport au corps dans les troubles alimentaires (APA, 2013), peu d'études se sont penchées sur les approches thérapeutiques centrées sur le corps. Dans ce sens, le modèle explicatif développé par Hilde Bruch (1962) permet de guider l'implantation d'une intervention visant une meilleure intégration du corps et de l'esprit puisqu'il est fondé sur une conception faisant appel à une triade de « caractéristiques psychiatriques » présentes dans l'anorexie mentale : les perturbations du sentiment d'auto-efficacité, de l'image corporelle et de l'intéroception.

En effet, la verbalisation ne s'avère pas être le meilleur moyen pour permettre aux personnes souffrant d'un trouble alimentaire de connecter avec leur expérience corporelle pour l'intégrer à leur expérience cognitive (Dosamantes-Alperson, 1974). Les approches thérapeutiques axées sur le lien entre le corps et l'esprit, telle la danse-thérapie, peuvent de leur côté contribuer à rétablir le développement sain de l'image corporelle (Burn, 1987) et favoriser le développement de l'intéroception, définie comme étant le processus par lequel l'information sensorielle interne est transmise et communiquée au cerveau et aux autres structures corporelles (Hindi, 2012).

Plusieurs études publiées entre 1986 et 2016 présentent les impacts de la danse-thérapie sur l'image corporelle et l'intéroception des personnes souffrant d'un trouble alimentaire. Les impacts sont positifs notamment sur les aspect suivants : reconnaissance des perturbations reliées aux troubles alimentaires (Kleinman, 2015b, Février; Rice, Hardenbergh, & Hornyak, 1989; Totenbier, 1994), appréciation du corps et de l'image corporelle (Kleinman, 2013a, Juin; Laverty & Lehmann, 2013; Padrão & Coimbra,

2011; Totenbier; Vivo, 2015, Mars), reconstruction d'une image corporelle plus complète (Kleinman, 2009, 2015b, Février; Krueger & Schofield, 1986; Totenbier), diminution des inadéquations dans l'image corporelle (Totenbier), développement de l'intéroception (Franks & Fraenkel, 1991; Kleinman, 2009, 2015b, Février; Krantz, 1999; Krueger & Schofield; Laverty & Lehmann; Padrão & Coimbra; Rice et al.) et diminution des symptômes boulimiques (Krantz) et anxieux (Laverty & Lehmann; McComb & Clopton, 2003). Les résultats de ces études sont présentés plus en détails dans la présente thèse.

À la lumière des résultats des recherches qui visent à établir l'importance de la prise en compte de l'expérience corporelle pour le traitement des troubles alimentaires, la présente étude propose de documenter les changements dans les perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception d'adolescentes hospitalisées pour un trouble alimentaire, pour qui une intervention en danse-thérapie groupale a été ajoutée au plan de traitement offert à l'unité de soins de la Section de médecine de l'adolescence du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine. Cette étude s'inscrit dans un projet de recherche plus large ciblant également les impacts de l'intervention groupale en danse-thérapie sur l'estime de soi et l'anxiété des participantes. Le vécu des participantes est comparé à celui des patientes recevant les soins habituellement offerts à l'unité des troubles alimentaires, et ce, au pré-test et au post-test. Un devis de recherche quasi-expérimental de type pré-test/post-test avec groupe témoin non-équivalent est utilisé pour cette étude. Des variables quantitatives et qualitatives sont utilisées lors des analyses mixtes.

La présente thèse contient cinq chapitres distincts. Le premier chapitre présente le contexte théorique, la pertinence, l'objectif, les hypothèses et les questions de cette recherche. Le deuxième chapitre expose la méthodologie de recherche utilisée pour atteindre l'objectif. Le troisième chapitre met en lumière les résultats obtenus au cours de la présente étude. La discussion au sujet de ces résultats se trouve au quatrième chapitre. Le dernier chapitre permet de conclure la thèse.

## **Contexte théorique**

## **Anorexie mentale**

L'anorexie mentale se déclare généralement lors de l'adolescence ou au début de l'âge adulte (APA, 2013; Bruch, 1975; Chavez & Insel, 2007; Corning & Heibel, 2016). Elle s'avère particulièrement importante à étudier chez la population adolescente étant donné qu'en Amérique du Nord, près du quart des adolescentes de 12 à 20 ans présente des symptômes anorexiques à un niveau sous-clinique (Prégent, 1988). Plus précisément, au Canada, près du tiers des adolescentes de 14 et 15 ans dit suivre une diète dans le but de perdre du poids, tandis que près des deux tiers indiquent avoir tenté de contrôler leur poids dans la dernière année (Boyce, 2004). De plus, au Canada et aux États-Unis, 70 % des jeunes filles ayant un poids santé aimeraient maigrir (Richardson & Perrone, 2014, Novembre). Aussi, une grande proportion des adolescentes présente des perturbations de l'image corporelle (26,7 %) et des comportements alimentaires (11,4 %; Ackard, Fulkerson, & Neumark-Sztainer, 2007). La pression sociale face à la minceur (Bélanger-Martin, 2006), véhiculée entre autres par les médias (Grabe, Ward, & Hyde, 2008; Statistiques Canada, 2015, Novembre; Thompson, 1990; Tiggemann, 2005), crée un climat de comparaison pouvant mener à des obsessions, de l'anxiété et de la culpabilité qui, même à un niveau sous-clinique, amènent des préoccupations pour l'image corporelle et une privation alimentaire (Richardson & Perrone). Par une tentative de se conformer aux idéaux culturels de beauté, les personnes souffrant d'anorexie mentale s'imposent un mode de vie visant à conserver une apparence mince

(Vitousek, Watson, & Wilson, 1998) et un poids inférieur au poids santé (Statistiques Canada). L'importante insatisfaction à l'égard du corps (Statistiques Canada) les amène à mépriser leur apparence naturelle et à la modifier de manière à pouvoir se juger favorablement en comparaison aux autres (Bruch, 1990).

Sur le plan clinique, la prévalence de l'anorexie mentale est d'environ 0,3 à 0,4 % dans un échantillon de jeunes femmes âgées de 11 à 35 ans (APA, 2013; Hoek & van Hoeken, 2003). Davantage observé chez les femmes, ce trouble de santé mentale est dix fois moins fréquent chez les hommes (APA). L'anorexie mentale est une perturbation grave du comportement alimentaire (Statistiques Canada, 2015, Novembre) répondant aux critères diagnostiques suivants : restriction alimentaire menant à un poids significativement bas (selon l'âge, le sexe, la trajectoire développementale et la santé physique), peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, comportement persistant nuisant à la prise de poids, perturbation dans l'expérience corporelle (poids et forme), absence de reconnaissance de la sévérité du faible poids (APA; Brouwer, Mirabel-Sarron, & Pham-Scottez, 2009; Herpertz-Dahlmann, 2008; Statistiques Canada). L'anorexie mentale peut être restrictive ou inclure des épisodes de boulimie (APA; Stern et al., 1989). Ceux-ci se caractérisent par une absorption rapide d'une quantité élevée de nourriture et un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (APA). Des comportements compensatoires inappropriés et récurrents pour prévenir la prise de poids (vomissements, usage de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments, jeûne, exercice physique excessif) peuvent également être observés (APA; Bruch, 1975, Prigent, 1988).

Différents symptômes s'ajoutent à ce tableau diagnostique tout au long de la mise en place de l'anorexie mentale. La préoccupation morbide pour le poids et la silhouette (Herpertz-Dahlmann, 2008) mène au désir conscient d'être mince et à la satisfaction de perdre du poids (Stern et al., 1989). L'émaciation devient un accomplissement en soi (Prégent, 1988; Veaux-Logeat, 2005; Wilkins, cité dans Bélanger-Martin, 2006) et l'estime de soi se base directement sur l'habileté à contrôler le poids et la silhouette (Herpertz-Dahlmann). Une relation inhabituelle à la nourriture s'observe (Stern et al.) : addiction au jeûne, jouissance à restreindre son alimentation malgré la faim, réel plaisir à contrôler cette non-consommation d'aliments (Brouwer et al., 2009; Veaux-Logeat), idées fixes sur la nourriture modifiant le régime alimentaire et la façon de manger (Bruch, 1975). Les besoins réels sont ainsi inhibés (Bruch), parfois aux dépens de la survie (APA, 2013). L'anorexie mentale représente une dysharmonie entre les facteurs physiochimiques, physiologiques, sociaux et psychologiques (Bruch) et une déconnexion entre les émotions et les cognitions (Krantz, 1999). Dans un film documentaire sur l'anorexie mentale, certaines personnes souffrant de ce trouble de santé mentale parlent d'ailleurs de deux voix intérieures, l'une représentant la raison et l'autre représentant la passion, qui sont en perpétuel combat (Veaux-Logeat).

L'anorexie mentale est souvent observée en conjonction avec d'autres troubles de santé mentale : dépression, troubles anxieux, abus de substances, trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité et troubles de la personnalité (APA, 2013; Brouwer et al., 2009; Flament et al., 2001; Herpertz-Dahlmann, 2008; Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich, & Masters, 2004; Statistiques Canada, 2015, Novembre; Steiger,

2011, Novembre). Plus spécifiquement, elle est mise en lien avec la présence d'un trouble obsessionnel-compulsif, d'une phobie sociale, d'un trouble d'anxiété généralisée et d'une anxiété de séparation, observés généralement durant l'enfance, avant l'apparition officielle du trouble alimentaire (Flament et al.; Kaye et al.), pouvant agir par l'intermédiaire de l'inhabileté sociale et occupationnelle (Flament et al.). D'ailleurs, même en l'absence d'un diagnostic de trouble anxieux, il semble que les personnes souffrant d'un trouble alimentaire aient davantage tendance à être anxieuses, perfectionnistes ou évitantes (Kaye et al.). Certains auteurs rapportent également que les traits des troubles de personnalité du cluster C (évitante, dépendante ou obsessionnelle) sont plus fréquemment observés en concomitance avec l'anorexie mentale restrictive, tandis que les traits des troubles de personnalité du cluster B (antisociale, limite, histrionique ou narcissique) sont plus fréquemment observés en concomitance avec l'anorexie-boulimie (Brouwer et al.; Herpertz-Dahlmann). Certains auteurs ont étudié la pertinence de prendre en compte les traits de personnalité dans le choix du traitement offert aux adultes souffrant d'anorexie mentale (Martinez & Craighead, 2015; Wildes et al., 2011), notamment en raison de leur incidence sur le vécu en hospitalisation (Wildes et al.).

Même en l'absence de comorbidités diagnostiquées, il est possible de retrouver chez les personnes souffrant d'anorexie mentale divers symptômes habituellement présents dans d'autres troubles de santé mentale : hyperactivité (Bruch, 1975; Stern et al., 1989) physique ou intellectuelle (Brouwer et al., 2009), impulsivité (APA, 2013), comportements à risque (Herpertz-Dahlmann, 2008), peurs et évitement reliés à



l'alimentation et au corps (APA; Herpertz-Dahlmann), compulsions et comportements ritualisés (Herpertz-Dahlmann), contrôle sur l'environnement (APA), perfectionnisme (Herpertz-Dahlmann), attitude négative générale (Bruch), humeur dépressive, faible estime de soi, pensées dépréciatrices, vide émotionnel, anhédonie (perte de la capacité à ressentir des émotions positives), restriction de l'expression émotionnelle, irritabilité, insomnie, baisse de l'intérêt sexuel, retrait social, difficulté dans la prise de décisions (APA; Herpertz-Dahlmann; Prégent, 1988), faible spontanéité sociale (APA), repli sur soi et rejet des autres (Bruch), sentiment d'inefficacité (APA), d'inutilité (Herpertz-Dahlmann) et de défectuosité (Bruch).

Plusieurs auteurs rapportent que les troubles alimentaires sont égosyntones (Brouwer et al., 2009; Bruch, 1975; Herpertz-Dahlmann, 2008; Vitousek et al., 1998), c'est-à-dire que les caractéristiques du trouble sont vues par l'individu comme partie intégrante de sa personnalité (Starzomska, 2009). Cette particularité des troubles alimentaires mène généralement à une résistance face aux tentatives de traitement et à la pression de l'entourage pour se laisser aider (Bruch, 1975, 1990). La personne ne cherchant pas elle-même à recevoir un traitement, la relation thérapeutique devient alors difficile à établir et elle peut éviter de se rendre à ses rendez-vous ou ne pas compléter la thérapie (Vitousek et al.). Il est postulé que l'adhésion de la personne au traitement se fera, éventuellement, par la prise de conscience de sa souffrance et par la reconnaissance que son mieux-être est le but dudit traitement (Bruch, 1990). La minceur, étant de prime abord vue comme une solution face à la souffrance vécue, ne permet finalement pas à la personne de regagner confiance en soi et d'atteindre un équilibre émotionnel (Vitousek

et al.). Malgré que ces éléments puissent permettre de mener à bien le traitement, il peut être difficile pour la personne d'abandonner les comportements de recherche de minceur, car son identité s'est bâtie exclusivement sur le soin pris à devenir et à rester mince (Vitousek et al.) : accepter le traitement, c'est comme laisser tomber une partie d'elle-même (Prégent, 1988; Tan, Hope, & Stewart, 2003; Veaux-Logeat, 2005).

Ainsi, les troubles alimentaires sont généralement décrits comme pouvant être chroniques (APA, 2013; Chavez & Insel, 2007; Flament et al., 2001; Greenfield, 2006; Richard, Bauer, & Kordy, 2005). Bien qu'il soit possible de se rétablir après un seul épisode anorexique, l'anorexie mentale nécessite généralement plusieurs années de traitement, surtout lorsque la gravité de la situation requiert une hospitalisation (APA). D'ailleurs, entre 18 et 75 % des personnes souffrant d'anorexie mentale présentent encore des symptômes de trouble alimentaire malgré les traitements (Brouwer et al., 2009; Dare, Eisler, Russell, Treasure, & Dodge, 2001; Eisler et al., 2000; Keel & Brown, 2010; Prégent, 1988; Richard et al.; Robin et al., 1999; Steinhausen, 2002). Le fait d'être hospitalisé une première fois durant l'adolescence prédit davantage la survenue d'une deuxième hospitalisation dans les cinq années suivantes (McKensie & Joyce, 1992).

Lorsque le trouble alimentaire perdure (Finfgeld, 2002), de nombreuses conséquences physiologiques, psychologiques, médicales et sociales sont observées (APA, 2013; Chavez & Insel, 2007; Flament et al., 2001; Herpertz-Dahlmann, 2008). L'anorexie mentale est d'ailleurs décrite comme l'un des troubles de santé mentale les plus invasifs (Johnston, citée dans Alvarado, 2013). Le grave amaigrissement, observé

suite à une dénutrition prolongée (Brouwer et al., 2009; Bruch, 1975), peut mener à des déséquilibres potentiellement létaux des systèmes suivants : reproducteur (aménorrhée), osseux, sanguin (anémie), endocrinien, cardiaque (bradycardie), digestif (constipation, déshydratation), thermique (hypothermie), capillaire (perte de cheveux), etc. (APA; Brouwer et al.; Bruch; Guilbaud, Berthoz, de Tournemire, & Corcos, 2003; Herpertz-Dahlmann; Stern et al., 1989). Il va sans dire que la survenue d'un trouble alimentaire au cours de la puberté peut entraîner des impacts importants dans la croissance et le développement pubertaire (Herpertz-Dahlmann). Les personnes souffrant d'un trouble alimentaire se retrouvent souvent isolées socialement (APA; Bélanger-Martin, 2006; Bruch; Prigent, 1988), adoptant elles-mêmes des comportements de retrait social (Herpertz-Dahlmann), malgré un besoin d'entrer en relation avec les autres (Prigent). Elles peuvent également vivre des échecs sur le plan académique ou professionnel, leur état de santé ne leur permettant plus d'exploiter leur plein potentiel (APA).

Le taux de mortalité élevé qui est relié à ce trouble de santé mentale (APA, 2013; Arcelus et al., 2011; Bélanger-Martin, 2006; Birmingham et al., 2005; Brouwer et al., 2009; Greenfield, 2006; Herpertz-Dahlmann, 2008; Keel et al., 2003; Prigent, 1988) s'explique par un grand nombre de suicides et de morts à la suite de complications médicales (APA; Arcelus et al.; Birmingham et al.; Keel et al.). Cette réalité en fait un problème de santé publique (Brouwer et al.; Chavez & Insel, 2007) et confirme l'importance de la recherche pour mieux comprendre cette problématique (Chavez & Insel; Park, 2007). Lorsque l'anorexie mentale est prise en charge à un plus jeune âge, les risques de mortalité diminuent (Arcelus et al.).

Encore à ce jour, et ce, malgré les nombreuses recherches effectuées sur le sujet, les causes exactes de l'anorexie mentale ne sont toujours pas établies. Plusieurs auteurs ont néanmoins tenté d'en expliquer l'étiologie. Ainsi, quatre principales pistes sont abordées ici : contexte sociétal, contexte familial, vulnérabilité psychologique et influence génétique.

Tout d'abord, l'anorexie mentale est davantage présente dans les cultures valorisant la minceur (APA, 2013). Fredrickson et Roberts (1997) offrent un modèle explicatif d'un tel constat, expliquant que les médias occidentaux présentent la femme à partir de son corps, comme un objet de consommation. Ces images d'objectification sexuelle sont peu à peu intériorisées par les filles qui finissent par adopter pour elles-mêmes la perspective qu'elles ne sont qu'un corps. Ce discours est couplé à celui valorisant la minceur comme synonyme de beauté physique mettant de la pression sur les jeunes femmes se préoccupant alors de leur apparence physique et étant insatisfaites de leur corps à cause d'idéaux de beauté impossibles à atteindre (Fortin, 2011; Fredrickson & Roberts; Grabe et al., 2008). Les femmes recevant quotidiennement des commentaires au sujet de leur apparence physique peuvent restreindre leurs actions par crainte de ne pas agir adéquatement aux yeux des autres, devenant de plus en plus préoccupées par leur apparence au détriment de l'attention et de la sensibilité à leurs états internes. Dans ce contexte, l'internalisation de l'objectification du corps féminin devient le terreau pour des troubles de santé mentale, plus particulièrement les troubles alimentaires, spécialement à l'adolescence (Rodgers, Paxton, & McLean, 2014), période charnière de changements physiques et de perte des repères (Fredrickson & Roberts).

Les adolescentes peuvent alors rejeter la féminité qui se développe à travers ces changements corporels (Prégent, 1988), celle-ci représentant aussi l'âge adulte et les responsabilités qui s'y rattachent (Bélanger-Martin, 2006).

Sur le plan familial, l'enfance des personnes développant un trouble alimentaire semble avoir été marquée par des éléments communs : enfance plutôt banale durant laquelle l'enfant se conforme aux demandes externes (Bruch, 1975; Prégent, 1988; Wilkins, cité dans Veaux-Logeat, 2005), dépendance problématique au moment de développer son autonomie à l'adolescence (Bruch, 1990), difficulté à identifier ses propres désirs, besoins et attentes (Prégent), harmonie familiale, conception erronée par les parents des besoins de l'enfant (Bruch, 1990), interdiction de vivre des émotions négatives comme la tristesse et la colère (Bélanger-Martin, 2006; Veaux-Logeat). À cet effet, l'étude de Mountford, Corstorphine, Tomlinson et Waller (2007) compare les perceptions de femmes souffrant d'un trouble alimentaire ( $n = 73$ ) à celles de femmes de la population générale ( $n = 62$ ) au sujet de leur enfance. Les participantes de l'échantillon clinique rapportent, en plus forte proportion, s'être senties invalidées par leurs parents durant l'enfance.

En plus des événements de la vie familiale, d'autres problématiques de santé mentale (Statistiques Canada, 2015, Novembre), notamment des troubles anxieux, des traits obsessionnels (APA, 2013), un trouble de l'attachement ou un trouble du développement (Jeammet, 2007, cité dans Brouwer et al., 2009) peuvent contribuer au développement d'un trouble alimentaire. Certains événements traumatiques peuvent

également précipiter la manifestation de comportements alimentaires problématiques (Bélangier-Martin, 2006; Jeammet, cité dans Brouwer et al.).

En dernier lieu, la génétique aurait une influence sur le développement d'un trouble alimentaire, l'apparition d'un tel trouble survenant davantage lorsque l'un des parents (APA, 2013; Jeammet, 2007, cité dans Brouwer et al., 2009) ou le jumeau ou la jumelle identique (Steiger, 2011, Novembre) est lui-même aux prises avec des problématiques d'ordre alimentaire. Un déséquilibre des systèmes sérotoninergique et catécholaminergique, une atrophie corticale, des anomalies ventriculaires, un hypométabolisme frontal inférieur et temporal, une diminution de l'activité préfrontale cingulaire antérieure et une activation de l'amygdale face à la prise de calories peuvent être observés chez les personnes présentant un trouble alimentaire (Guilbaud et al., 2003). Certaines études démontrent que la proportion d'hommes ayant une jumelle et développant un trouble alimentaire est presque aussi élevée que chez les femmes : il est possible que cela s'explique par la présence d'hormones typiquement féminines dans l'utérus durant la gestation de ces jumeaux, due à la présence d'une jumelle (Steiger). Ces résultats apportent une piste de plus à la recherche future et mettent en évidence l'importance des facteurs neurobiologiques pour le développement éventuel d'un trouble alimentaire.

Tous ces facteurs peuvent augmenter les risques d'apparition d'un trouble alimentaire sans en être le seul déterminant. Ces pistes étiologiques se combinent, les facteurs de risque environnementaux pouvant déclencher la survenue d'un trouble alimentaire chez un individu présentant une vulnérabilité génétique. Ainsi, des stressors

vécus de la grossesse à la vie adulte peuvent augmenter les risques de développer un trouble alimentaire (Steiger, 2011, Novembre; Steiger & Thaler, 2016). Un contexte socio-culturel encourageant les régimes peut notamment prédisposer à l'apparition des troubles alimentaires, la privation alimentaire ayant une incidence sur le fonctionnement cérébral et sur l'expression physiologique des gènes (Steiger).

### **Développement**

Plusieurs auteurs ont tenté de décrire la trajectoire développementale de l'anorexie mentale en se basant sur leur expérience clinique (Bruch, 1975; Krantz, 1999; Krueger & Schofield, 1986). Dans une perspective psychanalytique, ces auteurs situent l'origine des troubles alimentaires dans une étape préverbale du développement. Ceux-ci s'ancrent ainsi dans le corps au plan non-verbal, par exemple, dans les mouvements. D'ailleurs, il a été observé que les mouvements du haut du corps des personnes souffrant d'anorexie mentale ne sont pas connectés aux mouvements du bas du corps, tel qu'il est normalement observé dans le développement moteur entre deux et six mois (Burn, 1987). Ce blocage s'expliquerait par une insatisfaction des besoins, notamment ceux reliés à la fonction alimentaire, ceux-ci étant réprimés ou imposés par la figure de soins (Bruch). Ces réponses inadaptées durant la phase symbiotique (Krueger & Schofield) peuvent créer une confusion dans la discrimination des sensations physiques, l'identification des besoins (faim, carences physiologiques et demandes affectives; Bruch) et l'expression de ceux-ci (Krueger & Schofield). Des perturbations fonctionnelles se mettent alors en place et mènent à une inadaptation fondamentale de l'intéroception (processus par lequel l'information sensorielle interne et externe est

transmise et communiquée au cerveau et aux autres structures corporelles pour être interprétée en vue de guider les réactions du corps face à sa réalité immédiate; Blakeslee & Blakeslee, 2007; Bruch; Craig, 2002; Damasio, 1999; Herbert & Pollatos, 2012; Hindi, 2012; Price & Thompson, 2007). Cette perturbation de la perception des stimuli internes nuit à l'identification des besoins et des émotions ressentis et affecte la sensation de faim (Bruch). La fonction alimentaire se déclenche alors face aux demandes émotionnelles et aux stimuli externes. La personne développe une conscience de soi altérée, diffuse et chaotique : elle a l'impression de ne pas s'appartenir (Bruch), n'ayant pas pu accéder adéquatement à la phase de séparation/individuation (Krueger & Schofield).

Par la suite, durant l'enfance, l'encouragement et le renforcement de l'expression de soi sont faibles (Bruch, 1975). L'enfant apprend à vivre de manière automatique sans prendre conscience de ses ressources, ses initiatives, ses pensées, ses sentiments, ses sensations corporelles et ses besoins (Bruch, 1962; Prigent, 1988). Il ne développe alors pas une confiance en ses ressources et ses idées personnelles (Bélanger-Martin, 2006; Bruch, 1975), redoutant le moment où il doit identifier par lui-même les décisions à prendre et développant un sentiment d'incompétence (Bruch, 1962). Il s'identifie aux désirs des autres (Prigent), se conforme et acquiesce à tout, bloquant son développement progressif et empêchant l'environnement de percevoir que son identité n'est pas formée (Bruch, 1975). Cette façade de conformité, encouragée par l'entourage à travers des perceptions et des communications inconsciemment malhonnêtes, devient pour l'enfant



une façon honnête, mais inexacte, de décrire son sentiment de soi, de son corps et de ses relations à autrui (Bruch, 1990).

La puberté, avec les transitions vers l'autonomie, rend l'enfant démuni, incapable d'initiative personnelle et submergé par ses exigences corporelles et les volontés extérieures (Bruch, 1975). Le besoin d'être autonome devient impossible à résoudre (Bruch). Les changements corporels peuvent aussi être difficiles à accepter (Wilkins, cité dans Bélanger-Martin, 2006) et mener à un rejet de la féminité naissante (Prégent, 1988). Malgré tout, l'adolescent continue d'afficher une apparente absence de difficultés et des capacités d'adaptation phénoménales à la maison et à l'école (Bruch, 1962). C'est généralement lorsqu'il est confronté à des nouvelles expériences (camp de vacances, nouvelle école, passage primaire-secondaire, etc.) que l'adolescent développe finalement des perturbations de l'alimentation (Bruch, 1975).

L'adolescence est une période charnière sur le plan du développement identitaire, amenant son lot de stress (Corning & Heibel, 2016). Chez ceux qui ne parviennent pas à développer un concept de soi stable, la minceur présentée dans les médias comme un idéal corporel à atteindre peut devenir un modèle dans la quête d'individuation (Casper, 1983, cité dans Corning & Heibel). Dans ce contexte de construction identitaire, les moqueries au sujet du corps deviennent plus dommageables pour les adolescents basant leur estime de soi et leur identité, très fortement intriquées (Luyckx et al., 2013, cités dans Corning & Heibel), sur leur apparence physique (Corning & Heibel). Les auteurs rapportent ainsi que l'apparence et les comportements alimentaires mis en place pour

modifier la silhouette deviennent alors des obsessions, aux dépens des tâches développementales habituelles, nécessaires à la construction d'une identité stable.

En effet, des moqueries au sujet de la silhouette, antérieures à l'apparition du trouble, peuvent faire naître une insatisfaction corporelle (Fabian & Thompson, 1989; Thompson, Covert, Richards, Johnson, & Cattarin, 1995) et le désir de maigrir pour faire cesser les moqueries (Bruch, 1975). Dès l'âge de 13 ans, l'insatisfaction corporelle, mesurée par le *Satisfaction and Dissatisfaction with Body Parts Scale*, chez les filles ( $n = 496$ ) apparaît d'ailleurs comme un prédicteur significatif du développement d'un trouble alimentaire plus tard dans l'adolescence (Rohde, Stice, & Marti, 2015). Il peut également y avoir certains éléments sous-jacents : une vulnérabilité excessive à toute critique (les commentaires anodins devenant des insultes, prouvant à la personne qu'elle ne mérite pas le respect), une gêne d'être « boulotte » et désavantagée par cela, une peur de ne pas se faire des amies dans le nouvel environnement fréquenté, une humeur dépressive face au manque de soutien de la famille, ainsi que la réaction de l'entourage face au changement de régime alimentaire. Ainsi, lorsqu'une perte de poids se produit de façon accidentelle, elle est souvent complimentée. Remplie de fierté, la personne décide de continuer à maigrir pour acquérir plus d'estime (Bruch).

Une faible estime de soi est d'ailleurs décrite comme un facteur de risque au développement d'un trouble alimentaire (Cervera et al., 2003). Les standards de beauté présentés dans les médias poussent les filles et les femmes à accorder une grande importance à leur poids et à leur apparence physique dans l'évaluation de leur estime personnelle (Bulik, Reba, Siega-Riz, & Reichborn-Kjennerud, 2005; Couture, 2010). À

l'âge de 14 ans, cinq éléments prédisent conjointement, chez les filles, le développement d'un trouble alimentaire plus tard dans l'adolescence : l'insatisfaction corporelle, la perception d'une pression pour être mince, l'internalisation de l'idéal de minceur, le vécu affectif négatif et l'adoption d'une diète (Rohde et al., 2015).

### **Triade des caractéristiques psychiatriques**

Bruch (1962) a développé un modèle basé sur ses expériences cliniques variées en psychiatrie spécialisée auprès des troubles alimentaires. Ainsi, elle décrit l'anorexie mentale à partir des caractéristiques psychiatriques qui la sous-tendent : une perturbation du sentiment d'auto-efficacité, une perturbation de l'image corporelle et une perturbation de l'intéroception; toutes trois mises de l'avant dans la compréhension du développement de l'anorexie mentale décrite précédemment. Ce modèle s'inscrit historiquement dans les approches compréhensives des troubles alimentaires (Corcos, Atger, & Jeammet, 2003) et met de l'avant la perspective développementale décrite précédemment s'appuyant sur l'expérience de l'enfant dans un climat familial qui ne reconnaît pas ses besoins et ne soutient pas le développement de son autonomie, sur l'incapacité de l'enfant à répondre aux exigences croissantes d'autonomie de l'adolescence et sur la rupture avec une perception juste de son corps et de ses sensations internes. Le modèle théorique de Bruch (1962, 1975, 1990) a contribué au développement d'un outil d'évaluation des troubles alimentaires, l'*Eating Disorder Inventory* (EDI; Garner, Olmstead, & Polivy, 1983), dont la version la plus récente est encore utilisée dans la recherche sur les troubles alimentaires (p. ex., Butryn et al., 2013; Clausen, Rosenvinge, Friberg, & Rokkedal, 2011; Eshkevari, Rieger, Longo,

Haggard, & Treasure, 2014; Martin, Plumb-Villardaga, & Timko, 2014; Merwin, Zucker, Lacy, & Elliott, 2010; Wildes, Ringham, & Marcus, 2010), notamment dans la présente étude. Ainsi, les sous-échelles *inefficacité* et *conscience intéroceptive* sont directement inspirées des caractéristiques psychiatriques du modèle développé par Bruch. Les données empiriques confirmant la présence de ces deux caractéristiques au sein des troubles alimentaires ont justifié leur intégration aux autres sous-échelles choisies par Garner et al. pour l'EDI.

À notre connaissance, une seule étude a eu pour objectif de faire une validation empirique de la compréhension clinique des troubles alimentaires développée par Bruch (1962, 1975, 1990). Néanmoins, ce modèle demeure un outil très important dans le domaine du traitement des troubles alimentaires (Couture, 2010; Silverman, 1997), notamment dans les courants d'intervention fondés sur la médiation corporelle (Probst, 2017, Juin). La thèse de doctorat de Couture vise à valider empiriquement cette théorie pour la raffiner à partir de concepts psychologiques plus actuels. Le modèle retenu par Couture inclut un faible sentiment d'auto-efficacité relié à l'alimentation, mesuré par l'*Eating Disorder Self-Efficacy Questionnaire*, une insatisfaction corporelle et un manque de conscience intéroceptive, tous deux mesurés par l'*Eating Disorder Inventory-2*. Dans la présente étude, les trois composantes décrites par Bruch sont évaluées à partir de plusieurs sous-composantes qui sont décrites ci-dessous.

### **Perturbations du sentiment d'auto-efficacité**

Plusieurs auteurs décrivent la présence d'un sentiment d'inefficacité (Bruch, 1962, 1975, 1990; Corcos et al., 2003; Izydorczyk, 2015) ou de faible auto-efficacité

(Couture, 2010; Pinto, Guarda, Heinberg, & Di Clemente, 2006) chez les personnes souffrant d'un trouble alimentaire. Il semble en effet qu'un sentiment d'impuissance soit vécu (Bruch, 1962; Couture) suite à l'incapacité de l'individu à recevoir des réponses appropriées à l'expression de ses besoins (Bruch, 1975) et à adopter de saines habitudes de vie pour prendre soin de lui-même (Couture). Il s'agirait d'un sentiment d'inadéquation (Bruch, 1990; Corcos et al.; Couture) pouvant amener la personne à agir pour répondre davantage aux besoins des autres qu'aux siens (Bruch, 1962, 1975, 1990). Il est ainsi postulé que les perturbations de l'image corporelle et de la perception interne, décrites ci-dessous, seraient des expressions partielles du faible sentiment d'auto-efficacité (Bruch, 1962).

Ce constant sentiment d'incompétence se traduirait généralement par un vécu de honte (Bruch, 1975; Corcos et al., 2003) menant à une faible estime de soi (Couture, 2010). La présence d'anxiété est également observée, car la personne vivant un faible sentiment d'auto-efficacité a peur de déplaire aux autres (Bruch, 1990).

### **Perturbations de l'image corporelle**

Composante majeure des troubles alimentaires (APA, 2013; Bruch, 1962, 1975, 1990; Cash & Deagle III, 1997; Thompson, 1990), les perturbations de l'image corporelle sont plus souvent observées chez les femmes que chez les hommes (Thompson). Il semble que les personnes souffrant de troubles alimentaires vivent souvent une relation ambiguë avec la vision qu'elles ont de leur corps. Décrivant une relation amour-haine avec le miroir qui leur renvoie leur image, elles pourraient chercher à créer un corps fondé sur des standards extérieurs à elles (Krueger & Schofield, 1986).

Bruch (1975) explique que le concept social du corps est déformé et que ceci domine la vie quotidienne des personnes souffrant d'anorexie mentale, influençant leur image corporelle. L'impossibilité d'atteindre les standards de beauté naissant de ce concept distordu du corps ferait surgir un sentiment d'inadéquation et d'humiliation au sujet de l'apparence physique, menant à un rejet du corps à travers les symptômes alimentaires (Gillespie, 1996) : le corps devenant un étranger auquel la personne ne peut s'identifier (Bruch, 1975) et qu'elle doit contrôler par une discipline et une maîtrise de soi intenses (Bruch, 1990). Plus largement, les perturbations toucheraient le concept de soi (Bruch, 1962, 1990; Couture, 2010) et leur persistance pourrait amener un isolement et d'autres troubles de la pensée et de l'épreuve de réalité (Bruch, 1962).

Les difficultés sur le plan de l'image corporelle observées chez les personnes souffrant d'un trouble alimentaire touchent trois composantes de l'évaluation de l'apparence physique, telles qu'elles ont été décrites par Thompson (1990) : composante subjective par une insatisfaction face à l'image corporelle (Benninghoven et al., 2006; Bruch, 1990; Bulik et al., 2005; Cash & Deagle III, 1997; Caspi et al., 2017; Couture, 2010; Izydorczyk, 2015; Manley, Tonkin, & Hammond, 1988; Zellner, Harner, & Adler, 1989), composante perceptuelle par une distorsion de l'image corporelle (Benninghoven et al.; Bruch, 1962; Bulik et al.; Cash & Deagle III; Caspi et al.; Kleinman, 2009; Roy & Meilleur, 2010; Vaysse, 2006) et composante comportementale par une recherche de minceur permettant d'éviter les situations menant à un inconfort relié à l'apparence physique (Bruch, 1975; Couture; Fassino, Pierò, Gramaglia, & Abbate-Daga, 2004; Hsu, 1989).

**Insatisfaction face à l'image corporelle.** L'insatisfaction face à l'image corporelle, aussi appelée discordance de l'image corporelle, est opérationnalisée comme la différence entre la perception du corps et l'idéal corporel à atteindre (Manley et al., 1988). Elle peut être mesurée par la sous-échelle d'*insatisfaction corporelle* de l'*Eating Disorder Inventory-3* (EDI-3) décrite dans la section Méthode. Elle serait antérieure au développement d'un trouble alimentaire restrictif et serait associée en partie au fait d'avoir été victime de moqueries (Fabian & Thompson, 1989; Thompson et al., 1995). Une difficulté à identifier les émotions et à les distinguer des sensations corporelles internes (déficits intéroceptifs décrits plus loin) pourrait agir conjointement à l'insatisfaction corporelle dans la mise en place de comportements alimentaires inadéquats (Couture, 2010). L'insatisfaction face à l'image corporelle serait de plus reliée à une faible estime de soi et à des problèmes interpersonnels (Richardson & Perrone, 2014, Novembre).

La plupart des études sur les perturbations de l'image corporelle dans les troubles alimentaires s'intéressent à l'insatisfaction face à l'image corporelle (Couture, 2010; Jongenelis, Byrne, & Pettigrew, 2014; Manley et al., 1988; Rodgers et al., 2014; Thompson, 1990). Certaines études confirment la présence d'une insatisfaction face à l'image corporelle chez les personnes souffrant de l'un ou l'autre type de trouble alimentaire (Caspi et al., 2017; Couture; Thompson; Zellner et al., 1989). D'autres auteurs s'intéressent à la présence d'une insatisfaction corporelle spécifiquement chez les personnes souffrant d'anorexie mentale (Bruch, 1975; Fabian & Thompson, 1989; Roy & Forest, 2007; Thompson; Thompson et al., 1995). Plusieurs études révèlent

toutefois que les personnes anorexiques vivaient une insatisfaction face à l'image corporelle davantage comparable à celle des personnes provenant de la population générale qu'à celle des personnes boulimiques (Anorexie Boulimie Québec – ANEB, 2016, Août; Benninghoven et al., 2006; Cash & Deagle III, 1997; Fassino et al., 2004; Manley et al.; Sepúlveda, Botella, & León, 2002; Thompson; Touyz, Beumont, Collins, & Cowie, 1985). Les patientes anorexiques ( $n = 25$ ) de l'étude de Manley et al. reconnaissent notamment être plus minces que les jeunes femmes du groupe témoin ( $n = 24$ ) même si elles aimeraient l'être encore plus et qu'elles ont objectivement déjà la silhouette qu'elles désirent.

**Distorsion de l'image corporelle.** La distorsion de l'image corporelle correspond à la divergence entre la perception du corps et une mesure factuelle du rapport taille-masse (Roy & Meilleur, 2010). Une image corporelle distordue est déconnectée de la réalité, contrairement à l'image corporelle saine telle qu'elle a été décrite par Rice et al. (1989). Elle peut être mesurée par le logiciel de *Quantification de l'image corporelle* (Q-DIC; Roy & Meilleur), présenté dans la section Méthode, permettant de quantifier l'écart entre la silhouette perçue par la répondante et la silhouette réelle fondée sur ses mensurations corporelles. Les adolescentes ayant déjà eu leurs ménarches ( $n = 61$ ) ont une plus grande distorsion de l'image corporelle que les adolescentes ne les ayant pas eues ( $n = 60$ ; Fabian & Thompson, 1989). D'ailleurs, selon ces auteurs, les adolescentes pubères rapportant avoir été victimes de moqueries présentent une plus grande perturbation de l'alimentation et une plus grande distorsion de l'image corporelle.



Certaines études confirment la présence d'une distorsion de l'image corporelle chez les personnes souffrant de l'un ou l'autre trouble alimentaire (Benninghoven et al., 2006; Cash & Deagle III, 1997; Caspi et al., 2017; Collins et al., 1987; Fabian & Thompson, 1989; Garner, Garfinkel, Stancer, & Moldofsky, 1976; Manley et al., 1988; Statistiques Canada, 2015, Novembre; Thompson, 1990). D'autres auteurs s'intéressent à la présence d'une distorsion de l'image corporelle spécifiquement chez les personnes souffrant d'anorexie mentale (ANEB, 2016, Août; Roy & Meilleur, 2010). La distorsion de l'image corporelle semble être associée au degré de malnutrition, les personnes souffrant d'anorexie mentale ne se préoccupant généralement pas de leur niveau d'émaciation et s'entêtant à prétendre que leur apparence « macabre » est normale (Bruch, 1962). Au contraire, certaines études indiquent que la distorsion de l'image corporelle serait absente chez les femmes souffrant d'anorexie mentale (Thompson; Touyz et al., 1985). Garner, Garfinkel et Bonato (1987) rapportent d'ailleurs que les recherches sur la surestimation de la silhouette ne sont pas concluantes pour discriminer les personnes souffrant d'anorexie mentale de la population générale. Il se pourrait en effet que la distorsion de l'image corporelle ne permette pas de différencier un échantillon de personnes souffrant d'un trouble alimentaire, peu importe lequel, d'un échantillon témoin (Thompson). Il n'en demeure pas moins qu'une mauvaise estimation de la silhouette peut être reliée à la présence d'une psychopathologie et au pronostic de celui-ci (Garner et al., 1987). Ces divergences entre les études pourraient s'expliquer par la question posée aux participantes (Huon & Brown, 1986). Huon et Brown ont en effet observé que les femmes souffrant d'un trouble alimentaire ( $n = 20$ ) se sentent plus

grosses que les jeunes femmes du groupe témoin ( $n = 20$ ) ne se sentent elles-mêmes, tandis qu'elles ne pensent pas être plus grosses. Des résultats plus récents obtenus auprès de patientes hospitalisées pour un trouble alimentaire (anorexie ou boulimie;  $n = 64$ ) montrent une tendance compatible avec les résultats de Huon et Brown, la sensation d'être grosse étant toujours légèrement plus élevée que la pensée subjective d'être grosse (Caspi et al.). C'est toutefois l'utilisation de différents outils de mesure qui fait émerger des divergences significatives dans le vécu des participantes. Ainsi, alors que les patientes anorexiques ( $n = 42$ ) se sentent et se pensent plus grosses que le groupe témoin ( $n = 41$ ) en utilisant le *Computerized Assessment of Body Image* (CABI), ces mêmes patientes ne diffèrent pas du groupe témoin lorsqu'elles doivent répondre aux deux mêmes questions (sensation et pensée subjective) en utilisant le *Contour Drawing Rating Scale* (Caspi et al.). Les auteurs avancent que l'utilisation de la photographie des participantes elles-mêmes dans le CABI pourrait expliquer cette divergence de résultat, stipulant que les patientes anorexiques surestimeraient davantage leur poids en se voyant elles-mêmes qu'en voyant une silhouette neutre.

La composante visuelle semble jouer un rôle plus important que les sensations corporelles dans l'estimation faite par les personnes souffrant d'un trouble alimentaire au sujet de leur corps. Ainsi, face à une manipulation expérimentale mettant en jeu la stimulation tactile d'une fausse main en synchronie ou en asynchronie avec la stimulation de leur propre main cachée à leur vue, les réponses des patientes souffrant d'un trouble alimentaire ou en rémission se fondent davantage sur l'information visuelle que sur l'information sensorielle (Eshkevari et al., 2014).

**Recherche de minceur.** La recherche de minceur est une préoccupation excessive concernant le poids et l'adoption d'une diète dans le but de devenir ou de demeurer mince (Garner et al., 1983). Elle peut être mesurée par la sous-échelle du même nom de l'EDI-3 décrite dans la section Méthode. De manière générale, dans les sociétés occidentales, les femmes sont plus portées à contrôler leur poids et leur silhouette par l'adoption de diètes pour répondre aux critères de beauté sociaux. Cette tendance à rechercher une silhouette mince peut mener à des troubles alimentaires (Hsu, 1989). Plus spécifiquement, en réponse aux perturbations de l'image corporelle présentées précédemment, les femmes adultes, âgées de 20 à 60 ans, ayant un diagnostic de trouble alimentaire (anorexie restrictive, anorexie-boulimie, boulimie, binge-eating ou obésité;  $n = 327$ ) présentent une plus forte recherche de minceur qu'il est attendu normalement dans la population générale (Fassino et al., 2004).

Couture (2010) interprète ce constat comme l'expression d'une recherche de validation chez les individus qui n'auraient pas développé la fonction d'autoconservation du Moi, dans le but d'assurer la survie psychique. Ils ont peur d'être méprisés et de ne pas mériter l'estime des autres; leur conscience de soi est négative et ils manquent d'autonomie dans les actions posées pour la restaurer (Bruch, 1975). La minceur serait une façon d'être validée par l'entourage qui se préoccupe de la personne devenue trop maigre (Couture) et par la société encourageant la minceur au détriment de la survie physique (Bruch; Couture). D'ailleurs, les personnes souffrant d'anorexie mentale voient la perte de poids comme une réussite, un accomplissement (Ushakov, 1971, cité dans Bruch). Ceci serait d'autant plus vrai durant l'adolescence où les

comportements de diète seraient adoptés par les jeunes filles pour se sentir spéciales et attirantes lors du passage vers l'âge adulte (Hsu, 1989).

### **Perturbations de l'intéroception**

Selon la consolidation théorique proposée par Couture (2010), tant que les besoins de l'enfant ne sont pas suffisamment validés par son entourage, il n'apprendra pas à les reconnaître par lui-même et continuera à rechercher cette validation à l'extérieur de lui. Ce manque de validation peut s'expliquer par une faible capacité de rêverie chez les adultes significatifs autour de l'enfant, ceux-ci ayant de la difficulté à imaginer quels peuvent être les besoins vécus par ce dernier (Bion, 1979). L'enfant ayant alors de la difficulté à se voir dans le visage des adultes l'entourant, il pourrait apprendre à s'effacer et à mettre de côté ses propres besoins, au profit de ceux des autres (Winnicott, 1977). À partir de cette compréhension du développement de l'enfant, Couture fait l'hypothèse que, lorsque l'enfant vit dans un environnement imprévisible, rendant ses expériences incohérentes, il pourrait alors arriver difficilement à représenter, organiser, comprendre et réguler ses expériences émotionnelles. Incapable de faire sens de son expérience corporelle, toutes les sensations physiques émergent sans discrimination à la conscience de cet individu et peuvent alors devenir confuses et générer de la frustration et de la peur. Des mécanismes de défense se mettent alors en place pour éviter la prise de conscience de ces sentiments envahissants (Bion).

Étant donné que les représentations des expériences émotionnelles générales pourraient se bâtir à partir du vécu relié à l'alimentation (Bion, 1979), il apparaît logique qu'une perturbation de la perception ou de l'interprétation cognitive des stimuli

survenant dans le corps soit généralement présente dans les troubles alimentaires (Bruch, 1975). Ceci s'observe dans différentes sphères, notamment les sensations physiologiques (conscience peu claire des sensations physiques, difficulté d'identification des états émotionnels, déstabilisation vécue face aux sensations physiques, conscience altérée de l'état corporel) et l'alimentation (incapacité à reconnaître la faim, impression d'atteindre rapidement la satiété, impossibilité de manger suffisamment; Bruch, 1962, 1975).

**Déficits intéroceptifs.** De manière générale, les déficits intéroceptifs peuvent être définis comme la difficulté à percevoir les signaux physiques reliés aux états émotionnels et corporels (Couture, 2010; Pollatos et al., 2008). Ils peuvent être mesurés par la sous-échelle du même nom de l'EDI-3 décrite dans la section Méthode. Lorsqu'ils s'inscrivent dans l'anorexie mentale, ils englobent spécifiquement les éléments suivants : échec à reconnaître les signes reliés au besoin nutritionnel, inhabileté à reconnaître la faim et la satiété, déni et non-reconnaissance des douleurs de faim, de la contraction de l'estomac, plainte d'inconfort et sentiment d'être rassasié après avoir ingéré très peu de nourriture (Bruch, 1962). Cette faible conscience des états internes pourrait engendrer une grande rigidité dans les comportements et les pensées (Couture).

Les déficits intéroceptifs jouent un rôle dans les pratiques alimentaires restrictives et boulimiques (Bruch, 1975; Couture, 2010) par un échec à discriminer consciemment et à comprendre les sensations physiques internes (Couture; Gillespie, 1996). En effet, une organisation confuse et inexacte des besoins corporels, due à la présence de déficits intéroceptifs, amènerait une conscience erronée de la faim et un contrôle incertain de la fonction alimentaire (Bruch, 1990). Deux aspects de

l'intéroception, la sensibilité intéroceptive (perception des signaux corporels tels que les battements cardiaques) et la conscience intéroceptive (mesurée à partir de l'échelle du même nom de l'EDI) sont plus faibles chez les jeunes femmes souffrant d'anorexie mentale ( $n = 28$ ) que chez les jeunes femmes de la population générale ( $n = 28$ ; Pollatos et al., 2008).

De plus, l'acceptation de l'expérience affective est touchée dans les troubles alimentaires : des réactions négatives face aux réponses émotionnelles sont davantage observées chez les personnes, âgées de 14 à 43 ans, ayant un diagnostic d'anorexie mentale ( $n = 15$ ) que chez celles souffrant de boulimie ( $n = 13$ ) ou d'un trouble alimentaire non-spécifique ( $n = 20$ ), laissant présager que la restriction alimentaire joue un rôle d'évitement des affects aversifs et indésirables, coupant l'individu des divers signaux provenant de son corps (Merwin et al., 2010). Ainsi, pour se protéger des souvenirs, pensées et sentiments associés à un ressenti somatique douloureux, les personnes souffrant d'un trouble alimentaire utiliseraient divers comportements alimentaires perturbés pour assurer une dissociation corporelle en se distrayant et en se déconnectant de leur expérience émotionnelle (Kleinman, 2015a, Février; Price & Thompson, 2007). Cette difficulté à réguler les états émotionnels serait en partie expliquée par un déficit précoce dans la relation avec les parents (Speranza & Atger, 2003), notamment par le souvenir d'avoir été invalidées par leur père durant l'enfance (Mountford et al., 2007). Plus tard dans le développement, la conscience accrue que les filles et les femmes ont de leur apparence corporelle pourrait altérer leur conscience des signes provenant de l'intérieur (Fredrickson & Roberts, 1997). En effet, les signes de

faim doivent être supprimés pour adopter et maintenir des comportements de restriction alimentaire visant à atteindre une apparence physique recherchée socialement.

**Restriction alimentaire.** La restriction alimentaire consiste en une réduction drastique de l'apport calorique, une rigidité et une désorganisation des patrons alimentaires (préférences et goûts, habitudes, manières). Un échec dans la motivation à manger est observé par un refus d'entendre l'expression des besoins physiologiques (Bruch, 1962). La restriction alimentaire est une des caractéristiques principales des troubles alimentaires (APA, 2013). Les personnes adoptant une restriction alimentaire verraient d'ailleurs cela comme une façon de réussir quelque chose, d'atteindre la perfection (Veaux-Logeat, 2005; Wilkins, cité dans Bélanger-Martin, 2006). Ce comportement est vu par certains auteurs comme un signe de déconnexion entre les comportements alimentaires et les indices internes de faim et de satiété (Merwin et al., 2010). Cette déconnexion proviendrait entre autres d'une difficulté à accepter l'expérience affective. D'ailleurs, les jeunes femmes présentant un trouble alimentaire davantage axé sur la restriction alimentaire ( $n = 21$ ) que sur les crises de boulimie ( $n = 37$ ) rapportent avoir été invalidées par leur mère durant l'enfance (Haslam, Mountford, Meyer, & Waller, 2008). Cette expérience pourrait en partie expliquer leur difficulté à accepter elles-mêmes leur vécu affectif.

**Boulimie.** La boulimie consiste en des pulsions incontrôlables à consommer de grandes quantités de nourriture ou de calories sans conscience d'avoir faim. Ces crises sont décrites par les personnes les vivant comme des pertes de contrôle découlant d'une compulsion qui est vécue comme provenant de l'extérieur de la personne elle-même. Les

personnes boulimiques ont peur de ne pas pouvoir arrêter de manger si elles osent prendre une seule bouchée. Généralement, ces crises sont suivies de moyens pour se débarrasser de la nourriture ingérée : laxatifs, lavements ou vomissements (Bruch, 1962, 1975; Steiger, 2011, Novembre). La boulimie peut être mesurée par la sous-échelle du même nom de l'EDI-3 décrite dans la section Méthode. L'oscillation entre les crises de boulimie et les comportements compensatoires s'explique par une déconnexion entre les comportements alimentaires et les indices internes de faim et de satiété (Merwin et al., 2010), signe d'une faible conscience intéroceptive (Fassino et al., 2004). Les sensations internes mal identifiées pourraient faire naître des débordements émotionnels désagréables que les orgies alimentaires viendraient soulager momentanément (Parker, Taylor, & Bagby, 1998; Speranza, Loas, Wallier, & Corcos, 2007). Cependant, l'étude de Merwin et al. utilise un instrument de mesure différent de la présente étude (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*) et révèle que le lien entre les crises de boulimie et la faible conscience intéroceptive, mesurée par le manque de clarté des affects et par l'inacceptation de l'expérience affective, est non significatif. Cet instrument ne mesure toutefois pas directement le ressenti intéroceptif du répondant, mais plutôt son expérience émotionnelle. Ceci pourrait s'expliquer par les nombreuses fonctions remplies par ces crises. Elles pourraient notamment viser à diminuer un vécu d'anxiété ou des affects dépressifs (Lynch, Everingham, Dubitzky, Hartman, & Kasser, 2000). Elles pourraient également servir à faire face à l'ennui ou à une insatisfaction corporelle ou survenir à cause d'une attention trop grande portée à la nourriture (Stickney & Miltenberger, 1999). Bien qu'elles contribuent à la diminution de



l'ennui, des inquiétudes, de la faim, de l'agitation et de la frustration, les crises de boulimie semblent maintenir l'attention sur la nourriture et l'insatisfaction corporelle et faire naître de la honte et de la colère envers soi (Stickney & Miltenberger). Elles pourraient d'ailleurs amener une augmentation des affects négatifs antérieurs à la crise (Lynch et al.).

### **Traitement de l'anorexie mentale**

Suivant la compréhension de l'anorexie mentale à partir du modèle théorique présenté précédemment, il est possible de cibler certains buts spécifiques dans le traitement de ce trouble alimentaire. Ainsi, Bruch (1962, 1975) insiste sur l'importance du travail thérapeutique visant des changements sur le plan de l'image corporelle, de l'intéroception et du sentiment d'auto-efficacité, la rémission demeurant temporaire si ces trois aspects ne sont pas pris en compte. D'ailleurs, la reconnaissance par le thérapeute du sentiment d'impuissance du client peut augmenter son engagement dans la thérapie (Bruch, 1962), lui permettant de découvrir lui-même les enjeux liés à sa problématique et ses capacités internes pour y faire face (Bruch, 1975). D'autres auteurs insistent sur l'importance d'une meilleure identification et d'une meilleure tolérance des émotions pour permettre de diminuer les comportements alimentaires mésadaptés (Couture, 2010; Mountford et al., 2007). Une meilleure reconnaissance des émotions et des états physiologiques internes (faim et satiété) pourrait en effet les rendre utilisables en tant que guides face à de possibles rechutes des symptômes (Couture).

Le rétablissement nutritionnel est toutefois nécessaire avant le début de toute forme de psychothérapie pour diminuer les impacts psychologiques de la dénutrition

(Bruch, 1975, 1990). D'ailleurs, il est recommandé d'offrir plusieurs formes de traitements en complémentarité : psychothérapie individuelle, réadaptation comportementale, art-thérapie, psychothérapie familiale, psychothérapie groupale, coaching parental, médication ainsi qu'éducation et réhabilitation nutritionnelle – par exemple par une préparation communautaire des repas (Chavez & Insel, 2007; Greenfield, 2006; Roberts, Lazicki-Puddy, Puddy, & Johnson, 2003; Prigent, 1988; Statistiques Canada, 2015, Novembre).

### **Approches thérapeutiques axées sur la parole**

**Thérapie d'orientation psychodynamique.** Bien que certains auteurs considéraient que la psychanalyse était la meilleure approche dans le traitement des troubles alimentaires (Thomae, 1967, cité dans Bruch, 1975), Bruch (1962, 1975) a observé au cours de sa propre pratique clinique que les clients souffrant d'anorexie mentale ne répondaient pas de manière constante à une psychanalyse traditionnelle. Elle a alors développé une approche davantage psychodynamique. Plusieurs cliniques offrent actuellement des services incluant divers types d'interventions fondées sur cette pratique aux personnes souffrant d'un trouble alimentaire. Une meilleure rémission est observée en clinique externe chez les adultes recevant des services incluant une thérapie d'inspiration psychanalytique en traitement à une anorexie mentale ( $n = 41$ ; prise de poids, retour des ménarches, disparition des symptômes boulimiques) que chez les clients recevant un simple suivi de routine ( $n = 13$ ; Dare et al., 2001). Plus spécifiquement, cette approche permet d'augmenter l'acceptation corporelle chez les jeunes femmes souffrant d'un trouble alimentaire ( $n = 59$ ; Butryn et al., 2013) et de

diminuer les attitudes négatives face au corps chez les jeunes adultes souffrant d'un trouble alimentaire ( $n = 50$ ; Danielsen & Rø, 2012).

**Thérapie cognitivo-comportementale.** Certains programmes thérapeutiques basés sur l'approche cognitivo-comportementale ont également été développés pour le traitement des troubles alimentaires. Ces programmes semblent permettre une augmentation de la satisfaction face à l'image corporelle (Bhatnagar, Wisniewski, Solomon, & Heinberg, 2013), une réduction des cognitions dysfonctionnelles face à l'image corporelle et aux conduites alimentaires (Legenbauer, Schütt-Strömel, Hiller, & Vocks, 2011), une réduction des perturbations de l'image corporelle (Marco, Perpiñá, & Botella, 2013), une augmentation de la conscience intéroceptive, une réduction de l'anxiété (Matsumoto et al., 2006) et une réduction des symptômes de trouble alimentaire (Legenbauer et al.; Marco et al.; Matsumoto et al.) chez les femmes, âgées de 15 à 53 ans (avec une moyenne dans la vingtaine), souffrant d'un trouble alimentaire ( $N = [8-45]$ ). Plus spécifiquement, les traitements amenant un plus grand changement sur le plan des perturbations de l'image corporelle sont ceux y accordant une attention particulière lors des séances, comparativement aux interventions cognitivo-comportementales plus traditionnelles (Marco et al.). D'ailleurs, une intervention cognitivo-comportementale de six semaines, axée spécifiquement sur la modification des cognitions irrationnelles liées à l'image corporelle et sur la désensibilisation à l'anxiété liée à l'image corporelle, présente des effets positifs sur ces aspects chez des jeunes femmes sans trouble alimentaire, mais présentant une importante insatisfaction face à l'image corporelle ( $N = 15$ ; Butters & Cash, 1987).

*Limites des approches thérapeutiques axées sur la parole.* Bien que les approches traditionnelles de thérapie par la parole semblent entraîner une amélioration à court et à moyen termes, les études consultées ne comportent pas de mesures de relance. De plus, tel qu'il a été présenté précédemment, il existe une chronicité dans les troubles alimentaires ne semblant pas être réglée par ces approches traditionnelles. Cela pourrait en partie s'expliquer par une chronicité du trouble antérieur à la participation à ces recherches cliniques (Eisler et al., 2000). Certains auteurs pensent que la psychothérapie verbale est inefficace dans le traitement des troubles alimentaires (Kay & Leigh, 1952, cités dans Bruch, 1975) étant donné la présence d'un nœud psychotique dû au développement préverbal de ces troubles (Eissler, 1943, cité dans Bruch; Meyer & Weinroth, 1957, cités dans Bruch). Aussi, le caractère égocentrique des troubles alimentaires peut expliquer la résistance au progrès thérapeutique (Starzomska, 2009), suggérant la pertinence d'explorer d'autres avenues thérapeutiques pour contourner cette embûche.

### **Approches thérapeutiques axées sur le lien entre le corps et l'esprit**

Il semble que la verbalisation ne soit parfois pas le meilleur moyen pour permettre aux personnes souffrant d'un trouble alimentaire de connecter avec leur expérience corporelle pour l'intégrer à leur expérience cognitive (Dosamantes-Alperson, 1974). Considérant cela, un autre traitement, permettant de réintégrer le corps, qui est relié aux émotions, et l'esprit, qui est relié à la rationalité, pourrait être envisagé (DeSole, 2011) dans le but de diminuer les perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception. D'ailleurs, certains auteurs s'entendent sur la pertinence d'une thérapie

non-verbale pour contribuer à rétablir le développement sain de l'image corporelle par la danse-thérapie (Burn, 1987) ou l'art-thérapie (Gillespie, 1996), ainsi que pour favoriser le développement de l'intéroception par le biais de la danse-thérapie (Hindi, 2012).

**Thérapie basée sur la pleine conscience.** Étant donné l'inconfort des personnes souffrant d'un trouble alimentaire pour faire face à leurs pensées, sentiments et sensations corporelles, elles auraient avantage à apprendre à réagir différemment face à ces expériences affectives (Merwin et al., 2010). La thérapie basée sur la pleine conscience apprend ainsi aux participants à se détacher de leur souffrance émotionnelle (Worsfold, 2009) en développant leur capacité à explorer, à porter attention et à accueillir sans jugement leurs pensées, sentiments, comportements et sensations corporelles (DeSole, 2011; Worsfold). Grâce au « triangle de la pleine conscience », sensations corporelles, émotions et pensées peuvent être unifiées (Boudette, 2011), rendant la thérapie basée sur la pleine conscience d'autant plus pertinente chez les personnes souffrant d'un trouble alimentaire (DeSole). Les clients, exposés à leurs propres émotions (Martinez, 2014), apprennent à les réguler d'une nouvelle manière et à se détacher de leurs habitudes comportementales (Boudette) en développant leur « conscience psychophysique » (Price & Thompson, 2007) et en acceptant leurs sensations corporelles, leurs pensées et leurs sentiments (Worsfold). Ils se concentrent sur leur respiration, ce qui peut mettre un frein sur les boucles cognitives et sensorielles qui maintiennent les émotions négatives (Worsfold).

Plusieurs auteurs rapportent que les personnes de la population générale, âgées de 17 à 57 ans (en moyenne dans la vingtaine;  $N = [110-1287]$ ) faisant preuve d'une

moins grande acceptation sans jugement et d'une conscience du moment présent moins élevée présentent davantage de symptômes reliés aux troubles alimentaires (recherche de minceur, insatisfaction face à l'image corporelle, comparaison du corps avec les autres, comportements boulimiques; Dijkstra & Barelds, 2011; Martin et al., 2014; Prowse, Bore, & Dyer, 2013). Se basant sur de tels résultats, d'autres auteurs recommandent l'utilisation de la thérapie basée sur la pleine conscience dans le traitement des troubles alimentaires (Godsey, 2013; Wanden-Berghe, Sanz-Valero, & Wanden-Berghe, 2011). La thérapie basée sur la pleine conscience apporte en effet plusieurs bénéfices à court terme dans le traitement des perturbations alimentaires et de l'image corporelle. Après 8 à 10 semaines d'intervention offerte à des femmes âgées de 18 à 65 ans, une diminution des préoccupations concernant le poids et la taille (Alberts, Thewissen, & Raes, 2012) et une augmentation de l'appréciation corporelle (Bush, Rossy, Mintz, & Schoop, 2014) sont observées dans la population générale ( $N = [12-53]$ ), tandis qu'une réduction des symptômes des troubles alimentaires (restriction alimentaire, désir d'être mince, boulimie, préoccupations alimentaires et contrôle de l'alimentation) est observée dans un échantillon clinique ( $N = 33$ ; Hepworth, 2011). Une méta-analyse portant sur 12 recherches, de l'étude de cas à la recension des écrits, et analysant les impacts d'une intervention basée sur la pleine conscience chez les enfants ou les femmes souffrant d'un trouble alimentaire, fait également ressortir les impacts suivants de la thérapie basée sur la pleine conscience : amélioration de la réponse aux sensations corporelles, réduction de l'anxiété, réduction des préoccupations d'alimentation, augmentation de la conscience d'alimentation et amélioration de la régulation émotionnelle (Godsey).

**Yoga.** Basé sur les mêmes prémisses philosophiques que la pratique de la pleine conscience, le yoga est de plus en plus populaire dans les sociétés occidentales. Permettant aux personnes qui le pratiquent de regagner un sens de soi positif, le yoga peut les guider vers un engagement actif dans leur vie et dans les soins qu'ils reçoivent (Douglass, 2011). Dans la population générale, le yoga apporte des bénéfices reliés à la prévention des troubles alimentaires : amélioration de la satisfaction corporelle et diminution des comportements alimentaires perturbés chez les femmes ( $N = 18$ ; Dittmann & Freedman, 2009), diminution de l'insatisfaction corporelle, des symptômes boulimiques et de la recherche de minceur et amélioration du concept de soi social chez les filles de 10-11 ans ( $n = 75$ ; Scime & Cook-Cottone, 2008). La méta-analyse de Godsey (2013) fait ressortir de 23 recherches, allant de l'étude de cas à la recension des écrits, que le yoga contribue à une diminution des symptômes de troubles alimentaires chez les enfants ou les femmes : réduction du stress et des facteurs de risque, augmentation de la satisfaction de l'apparence physique, réduction de l'insatisfaction corporelle, amélioration de l'image, de la conscience, de la réponse et de la satisfaction corporelles, augmentation de l'alimentation intuitive. Plus précisément, chez les adultes hospitalisés pour un trouble alimentaire ( $n = 20$ ), le yoga amène une diminution des affects négatifs avant les repas lorsqu'il est pratiqué immédiatement avant ceux-ci (Pacanowski, Diers, Crosby, & Neumark-Sztainer, 2016). Il semble également offrir des résultats intéressants à moyen terme, tels que rapportés par l'expérience clinique d'une professeure de yoga : diminution du taux de cortisol relié à l'anxiété (Douglass, 2011), augmentation de la conscience de soi, de la réflexion et de l'habileté à prendre soin de

soi (Douglass, 2009). Toutefois, le yoga doit être adapté aux spécificités physiques des participants et l'intention de ceux-ci dans la pratique du yoga ne doit pas viser la perte de poids ou la transformation du corps (Douglass, 2009). De plus, le yoga en tant que traitement doit faire partie d'une approche multidimensionnelle (Godsey).

**Thérapie par la danse et le mouvement.** Comme la présente thèse porte sur l'utilisation de l'intervention par la danse et le mouvement, communément appelée danse-thérapie, cette approche thérapeutique est détaillée dans la section qui suit.

### **Danse-thérapie**

La danse-thérapie fonde son action psychothérapeutique sur l'utilisation du mouvement en tant que médium de changement (Chaiklin, 1975), d'intégration émotionnelle et physique (American Dance Therapy Association – ADTA, 1977/1979) et d'équilibre psychocorporel (Vaysse, 2006). Le développement de l'image corporelle (Padrão & Coimbra, 2011) et de l'intéroception (Hindi, 2012) est souvent recherché dans la danse-thérapie en traitement d'un trouble alimentaire (Burn, 1987; Chaiklin).

### **Assises conceptuelles dans les théories psychologiques**

La danse-thérapie s'appuie sur différentes théories psychologiques pour la compréhension clinique et l'élaboration de l'intervention (Bartenieff, 1972; Berger, 1989; Vaysse, 2006). Les principales sources théorico-cliniques de la danse-thérapie sont décrites dans les sections qui suivent.

**Approches psychanalytiques et psychodynamiques.** Dès les premiers balbutiements de la psychanalyse, le corps a pris une place importante dans cette approche psychologique (Leijssen, 2006; Vaysse, 2006). Freud (1907/1996, 1923/1975,



1927/1975, cité dans Vaysse) considérait que le corps était un des accès à l'inconscient, les symptômes somatiques étant la représentation externe d'enjeux enfouis hors du champ de la conscience. Toujours selon les propos de Freud rapportés par Vaysse, les mouvements pulsionnels internes s'organisent à travers le somatique et le psychique et s'analysent par les somatisations, les mécanismes de défense et les phénomènes transférentiels et contre-transférentiels. Reich (1933/1974, cité dans Vaysse) explore la notion d'image du corps et emprunte la voie ouverte par Freud en développant le concept de « cuirasse musculaire » où les émotions sont incorporées lorsque les conflits internes viennent s'inscrire inconsciemment dans le corps.

Les processus psychodynamiques offrent ainsi des appuis importants à la danse-thérapie (Vaysse, 2006). De plus, plusieurs concepts théoriques psychanalytiques se retrouvent dans les assises conceptuelles de cette approche corporelle : seconde topique (Ça, Moi, Surmoi; Dosamantes, 1987, citée dans Vaysse), inconscient et mécanismes de défense (Krantz, 1999; Vaysse), archétypes (Chodorow, 1995; Franks & Fraenkel, 1991; Vaysse) et inconscient collectif de Jung (Chodorow; Vaysse), exploration des rêves (Vaysse), métaphores (Franks & Fraenkel), résistance et perlaboration (Krantz), transfert et contre-transfert (Dosamantes-Beaudry, 2007; Vaysse), objets et espaces transitionnels, relation intersubjective (Dosamantes-Beaudry), holding (Loman & Foley, 1996) et vrai self de Winnicott (Pylvänäinen, 2010).

Ce dernier concept de vrai self est d'ailleurs utilisé spécifiquement dans le travail thérapeutique sur l'image corporelle par une danse-thérapeute exerçant auprès des personnes souffrant d'un trouble alimentaire (Pylvänäinen, 2010). Une autre application

des concepts psychodynamiques à la danse-thérapie dans le traitement des troubles alimentaires est le dialogue tonique psychomoteur entre la mère et son enfant décrit par Wallon (Vaysse, 2006). Aussi, les clients atteints d'un trouble alimentaire peuvent utiliser les archétypes et les métaphores pour explorer de manière corporelle les conflits présents dans leurs relations d'objet et les difficultés vécues lors de la phase de séparation/individuation (Franks & Fraenkel, 1991). De par ses assises conceptuelles, la danse-thérapie est souvent utilisée en tant que thérapie adjonctive à une thérapie verbale d'approche psychodynamique (Krueger & Schofield, 1986).

**Approches cognitivo-comportementales.** Le modèle théorique des approches comportementales permet d'intégrer le corps lors du processus thérapeutique (Leijssen, 2006). Avec l'ajout par Beck de la cognition dans cette approche thérapeutique, les symptômes physiques et comportementaux continuent à occuper une place importante en tant qu'indices des troubles émotionnels vécus (Worsfold, 2009). Les changements physiologiques impliqués dans les émotions (Chaiklin, 1975) influencent les interprétations que l'individu se fait des situations, allant jusqu'à faire partie de l'expérience subjective globale, selon Teasdale (1996, cité dans Worsfold). Ces conceptions théoriques mettent la table pour travailler directement avec le sens kinesthésique et les réponses musculaires : c'est d'ailleurs ce que font les danse-thérapeutes en explorant les émotions dès leur apparition dans les mouvements du corps, sans avoir à passer par le symbolisme des mots (Chaiklin). Un tel travail thérapeutique permet de développer davantage la conscience corporelle nécessitant un niveau d'abstraction psychologique élevé (Worsfold).

**Approches humanistes et existentialistes.** Le corps fait partie intégrante de certaines branches des approches humanistes et existentialistes (Leijssen, 2006). Par contre, les assises conceptuelles de la danse-thérapie provenant de ces approches concernent davantage l'accent porté aux forces et aux ressources personnelles du client (Kleinman, 2013a, Juin; Vaysse, 2006). Son potentiel étant grandement valorisé, c'est la partie saine, disponible et mobilisable de l'individu qui permet le travail thérapeutique (Krantz, 1999; Vaysse). Comme dans les approches humanistes, le développement personnel, la connaissance de soi et le mieux-être sont visés (Société Française de Danse-thérapie – SFDT, 2014).

**Perspective développementale.** Les connaissances sur le développement de l'être humain d'un point de vue moteur, cognitif et relationnel sont essentielles pour le travail en danse-thérapie (Erger & Duggan, 2014, Juillet), rendant nécessaire l'apprentissage de la perspective développementale par les danse-thérapeutes. Il existe d'ailleurs un système d'observation, de notation, de pointage et d'analyse des mouvements en fonction du stade développemental normalement atteint à chaque âge (Loman & Foley, 1996). Le profil de mouvements de Kestenberg (KMP) offre en effet une description des mouvements commençant dès le plus jeune âge dans les premières interactions entre l'enfant et ses parents et se poursuivant dans les interactions multidimensionnelles plus complexes. Ce système d'analyse, bâti sur une compréhension psychanalytique de l'être humain (Sossin & Birklein, 2006) et utilisé en danse-thérapie, permet de mieux comprendre les conflits développementaux vécus par le client et les forces qu'il possède pour y faire face (Loman & Foley).

**Approche gestaltiste.** Plusieurs techniques gestaltistes (p. ex., la « chaise vide » et les « deux chaises ») se basent sur la modulation des postures et des mouvements du client et visent à l'aider à explorer en mouvements de nouvelles possibilités ou à prendre conscience dans son esprit des pulsions présentes dans son corps lorsqu'il incarne différents rôles de son quotidien (Leijssen, 2006). L'intégration du corps et de la pensée peut faire référence à l'intégration de la forme et du contenu présente dans la gestalt (Vaysse, 2006).

**Neuropsychologie.** Plus récemment, les recherches en neurobiologie, offrant énormément d'informations sur le cerveau et le corps lorsqu'un individu est en interaction avec les autres (Pylvänäinen, 2010), apportent des appuis intéressants pour la poursuite du développement de la danse-thérapie. Ainsi, il semble que la danse-thérapie mette en action l'hémisphère droit du cerveau qui est notamment sollicité lors des processus mentaux suivants : émotions, communication non-verbale, attachement, subjectivité et intersubjectivité, empathie, images de soi inconscientes, détection de la menace, régulation du stress corporel et survie (Pylvänäinen). Les connaissances sur les réseaux neurobiologiques impliqués dans les processus d'intéroception et d'émergence des émotions peuvent d'ailleurs être très utiles aux danse-thérapeutes (Hindi, 2012), notamment dans le travail avec les personnes présentant des perturbations de l'intéroception telles celles souffrant d'un trouble alimentaire.

**Thérapie basée sur la pleine conscience.** Les concepts utilisés dans la thérapie basée sur la pleine conscience sont également pertinents dans la pratique de la danse-thérapie (Laverty, 2014, Novembre; Mennona, 2014, Novembre; Van Koningsveld,

2014, Novembre). Plus spécifiquement, les trois voies de conscience décrites par Siegel (2007) sont explorées : expérience sensorielle directe par les sensations brutes du corps et des perceptions, voie conceptuelle par les pensées et les mots, observation par le témoin interne (Pylvänäinen, 2010). À l'instar de la thérapie basée sur la pleine conscience, la danse-thérapie reconnaît la présence de différents systèmes de collecte d'informations informant l'individu sur les expériences vécues (Martinez, 2014). Pour arriver à intégrer les informations collectées par ces différents systèmes, le client est invité à s'arrêter pour porter attention à comment il ressent les choses dans son corps dans le moment présent (Pylvänäinen; Whitehouse, 1956), comme lors d'une thérapie basée sur la pleine conscience. Il développe alors sa sensibilité à soi-même, à son corps et à ses sensations physiques en bougeant son corps et en vivant ses mouvements dans le moment présent (Pylvänäinen). Une fois cet accordage intrapersonnel maîtrisé par le client, le danse-thérapeute l'aide à développer cette attitude de pleine conscience dans ses interactions avec les autres pour atteindre un accordage interpersonnel (Pylvänäinen).

### **Fondements cliniques de la danse-thérapie**

La danse-thérapie a des fondements cliniques spécifiques en lien avec l'intégration du corps et de l'esprit et l'utilisation du mouvement dans l'exploration et la communication des contenus non-verbaux et des émotions. Les danse-thérapeutes utilisent leur compréhension des théories psychologiques décrites précédemment dans l'atteinte de ces objectifs (Krueger & Schofield, 1986; Vaysse, 2006).

DeSole (2011) réfère à l'esprit en lien avec la rationalité et explique comment celle-ci doit être unifiée avec les émotions, reliées au corps. Dans la société occidentale, le dualisme entre le corps et l'esprit prime davantage à son intégration : l'aptitude de l'esprit à se représenter le monde met de côté les implications du corps dans cette aptitude (Vaysse, 2006). L'esprit, relié au corps par le cerveau, permet de réguler la circulation de l'énergie et de l'information (Siegel, 2007) et s'incarne sur le plan corporel tandis que tous les éléments du corps (cerveau et autres organes) sont représentatifs du Moi (Vaysse); les processus mentaux et somatiques s'influencent réciproquement (Berger, 1989; Vaysse). L'intégration du corps et de l'esprit prend une place importante dans la danse-thérapie (ADTA, 1977/1979; Berger; Chaiklin, 1975; Krantz, 1999; Pylvänäinen, 2010) qui vise une meilleure connexion au corps (Burn, 1987). Ainsi, la danse-thérapie mise sur cette notion de « corps global » où le soma et la psyché, le conscient et l'inconscient, le réel et l'imaginaire se lient pour réguler le fonctionnement du Moi face aux conflits internes et aux contraintes externes (Vaysse). La danse-thérapie offre une combinaison unique d'intellect et d'émotions permettant d'arriver à ce but (Berger) encourageant l'intégration des fonctionnements émotionnel, cognitif, social et physique (Pylvänäinen).

Tout le corps est ainsi impliqué dans la communication avec les autres à travers les mouvements rythmiques de la danse (Vaysse, 2006), le langage corporel et la communication non-verbale (Berger, 1989; Leijssen, 2006; Vaysse), dès la naissance (Chaiklin, 1975). Même après l'acquisition du langage, la communication par le mouvement demeure importante, dans l'accordage (Leijssen), l'empathie (Vaysse) et la

synchronie interactionnelle (moyen de communiquer par les mouvements quand les corps bougent en synchronie avec les mouvements et les paroles des autres; Condon, cité dans Chaiklin). Le mouvement, tel que pratiqué en danse-thérapie, est sincère et authentique. Il permet à la personne d'exprimer dans le moment présent (Chaiklin) ses sentiments (McComb & Clopton, 2003), ses émotions et sa personnalité (ADTA, 1977/1979; Bartenieff, 1972; Berger; Chodorow, 1995; Dosamantes-Alperson, 1974; Vaysse; Whitehouse, 1956). De plus, il lui offre une façon de se connecter à elle-même et aux autres (Pylvänäinen, 2010; Vaysse).

Le mouvement en danse-thérapie permet d'explorer en profondeur les niveaux préverbaux et inconscients de ce que le corps communique (Dosamantes-Alperson, 1974; Kleinman, 2003; Leijssen, 2006; Vaysse, 2006) et de les ramener à la conscience à travers la perlaboration (Krantz, 1999) et par l'exploration des sensations internes et des réactions physiologiques (Leijssen) provoquées par les mouvements exécutés (Pylvänäinen, 2003). Ceci permet de mettre des mots sur le vécu corporel (Leijssen), aidant au développement de l'intéroception (Hindi, 2012). La diminution du contrôle mental permise par le travail en mouvements (Vaysse) amène le client à prendre conscience de souvenirs (Chodorow, 1995) parfois traumatiques (Pylvänäinen), d'émotions cachées (Leijssen) et de sentiments face à son entourage, à faire des liens entre ses comportements et le passé (Krantz), à comprendre la signification de son ressenti, à être en contact avec son corps en mouvement, à laisser ses états émotionnels émerger pour pouvoir mieux les verbaliser (Dosamantes-Alperson), à mettre en lumière ses états de dissociation par la contradiction entre ses mots et ses mouvements

(Dosamantes-Alperson; Leijssen; Vaysse) et à réintégrer son corps et son esprit en une entité plus cohérente (Bartenieff, 1972; Dosamantes-Alperson).

Les personnes souffrant d'un trouble alimentaire contrôlent souvent leur verbalisation par l'intellectualisation (Gothelf et al., 1995), mécanisme de défense déconnectant la personne de son corps (Dosamantes-Alperson, 1974). Cette déconnexion entre le corps et l'esprit pourrait être réduite par la participation à une danse-thérapie. Ce travail pourrait notamment passer par le développement d'une image corporelle plus saine qui unit le corps et l'esprit en intégrant les sensations, les perceptions, les impressions, les expériences, les expressions et les actions (Berger, 1989). De manière spécifique, la modification des patrons de mouvements du client peut amener des changements dans ses perceptions internes, notamment son image corporelle et ses sentiments (Padrão & Coimbra, 2011). Les personnes utilisant l'intellectualisation tentent de maîtriser leurs affects et leurs pulsions (Zepf, 2011). Cela peut se traduire par des mouvements plus tendus et contrôlés chez les personnes souffrant d'anorexie mentale (Burn, 1987). Pour contourner cette barrière rationnelle, les mouvements faits en danse-thérapie pourraient servir à approfondir davantage leurs expériences thérapeutiques par l'exploration de leurs interactions corporelles, de leurs communications non-verbales et de leurs dispositions affectives (Vaysse, 2006).

Toutefois, il peut arriver que cette exploration du contenu non-verbal soit vécue par le client comme une intrusion et vienne bloquer la communication (Leijssen, 2006), l'amenant à inhiber ses mouvements pour se protéger contre l'apparition de ses pulsions internes (Rossberg-Gempton & Poole, 1992; Vaysse, 2006). Ainsi, le corps sait rendre



conscients les conflits qui peuvent être explorés et garder inhibés le matériel inconscient trop douloureux pour le moment (Chodorow, 1995). Quand le client est prêt à bouger, les mouvements, difficiles à contrôler consciemment, lui permettent de s'exprimer de manière plus authentique que les mots, (ADTA, 1977/1979; Berger, 1989) et deviennent alors un véritable outil thérapeutique (Chaiklin, 1975).

### **Déroulement**

Une séance de danse-thérapie peut suivre des étapes qui ont été établies par les pionnières de cette discipline thérapeutique, telle Marian Chace. Ainsi, la séance commence généralement par une période d'échauffement musculaire visant l'utilisation du corps dans son entièreté pour l'ouvrir à ce qui émergera durant la séance (Sandel, Chaiklin, & Lohn, 1993; Vaysse, 2006). Ensuite, la phase centrale de la rencontre permet la libération des émotions reliées aux mouvements exécutés. Cela rend les clients accessibles à une exploration de leur vécu à travers le mouvement. Par la suite, la centration amène les clients à se concentrer sur la façon dont ils ont vécu le déroulement de la séance (Chaiklin, 1975; Krueger & Schofield, 1975; Vaysse). Ils sont ensuite invités à clore la séance en recréant la cohésion groupale (Sandel et al.).

**Stratégies thérapeutiques.** Plusieurs stratégies peuvent être utilisées par le danse-thérapeute dans le cadre de ses interventions. Les techniques peuvent partir de l'intérieur (sentiment déjà présent consciemment) ou de l'extérieur (stimulation par le thérapeute d'un processus affectif qu'il ressent comme étant à l'œuvre chez le client; Leijssen, 2006). Peu importe les techniques choisies, les comportements adaptatifs, expressifs et communicatifs sont pris en compte dans le traitement, le mouvement

corporel permettant l'évaluation et l'intervention : mouvement, posture, respiration, interaction, mots (ADTA, 1977/1979). De plus, le contexte chaleureux et sécurisant de la thérapie permet aux clients de dépasser leurs inhibitions, de découvrir de nouvelles choses, de développer des relations par des interactions kinésiques (Vaysse, 2006). Dans un contexte thérapeutique, la performance de la danse n'est pas nécessaire et les mouvements du client ne sont pas systématiquement analysés (Leijssen). Il est d'abord important qu'il sente son énergie interne le menant à créer, qu'il prenne le temps de sentir physiquement comment il se sent dans l'action. Cela permet au client d'explorer ses expériences corporelles, ses émotions et ses sentiments (Kleinman, 2013b, Juin; Swami & Harris, 2012).

En danse-thérapie, le mouvement est souvent improvisé, le client bougeant sans jugement individuellement ou en groupe, imitant le processus en jeu lors d'une association libre verbale (ADTA, 1977/1979; Chaiklin, 1975; Chodorow, 1995; Kleinman, 2009; Sandel et al., 1993; Vaysse, 2006). Il est attendu par le thérapeute que les mouvements ainsi créés fassent émerger des souffrances intérieures (Sandel et al.) et des émotions jusqu'alors bloquées par la conscience permettant au client de les explorer dans un cadre thérapeutique sécuritaire (Chaiklin), d'exprimer à travers le mouvement les intentions derrière ses actions (Dosamantes-Alperson, 1974) et d'aborder les enjeux du soi corporel de manière plus sensible qu'au quotidien (Pylvänäinen, 2003). Le thérapeute valide ces expressions corporelles spontanées (Leijssen, 2006) et catalyse le vécu des participants selon sa compréhension de ce qui émerge (Vaysse).

Des thèmes peuvent être proposés pour guider les clients dans leur exploration du mouvement (ADTA, 1977/1979; Chaiklin, 1975), pour stimuler un processus affectif inconscient en eux (Leijssen, 2006). Ces thèmes peuvent être observés dans les mouvements spontanés des clients (Leijssen) ou prendre origine dans l'imagerie mentale, les symboles (ADTA) ou les archétypes (Vaysse, 2006). Il peut aussi être proposé aux clients d'explorer l'inverse de ce qu'ils font habituellement comme mouvements (Leijssen). Plusieurs danse-thérapeutes utilisent des accessoires (Kleinman, 2009; Vaysse), de la musique (Sandel et al., 1993; Vaysse) ou des organisations spatiales spécifiques (Kleinman), par exemple la formation d'un cercle par le groupe (Sandel et al.) pour inspirer les mouvements des clients.

Dans le but de recréer l'accordage corporel vécu dans la relation parent-enfant (Chodorow, 1995), des reflets des mouvements, des postures et des expressions faciales du client peuvent être faits par le thérapeute (mirroring; Krueger & Schofield, 1986; Leijssen, 2006). Cela lui permet de s'ajuster aux besoins du client (Loman & Foley, 1996) et de créer un environnement soutenant (Leijssen; Loman & Foley). Chez le client, vivre un tel accordage corporel augmenterait la conscience de ses sensations corporelles (Leijssen). Toutefois, pour utiliser cette technique, il est important que le danse-thérapeute connaisse ses propres préférences de mouvements pour s'assurer de bel et bien refléter les mouvements du client et non d'imposer ses propres façons de bouger (Loman & Foley). Dans certains contextes, les clients peuvent refléter entre eux les mouvements de leurs confrères de thérapie.

Bien qu'à utiliser avec prudence, le contact physique peut également être une technique utilisée en danse-thérapie. Il exprime de manière authentique la relation entre deux personnes, offre soutien et soin et peut déclencher des affects menant à l'expression de sentiments profonds (Leijssen, 2006). Il est d'abord impératif que celui-ci soit initié par le client (Krueger & Schofield, 1986) ou que la permission lui soit demandée en expliquant l'intention derrière ce contact physique (Leijssen). Les clients peuvent être invités à effectuer eux-mêmes des touchers sur leur corps (Leijssen; Vaysse, 2006). Lorsqu'ils sont bien guidés, ces contacts physiques, à soi ou aux autres, permettent de cultiver l'écoute de soi chez le client (Vaysse).

Des formes de communication autres que le mouvement peuvent être utilisées en danse-thérapie. En effet, plusieurs thérapeutes invitent leurs clients à s'exprimer par le dessin (Krueger & Schofield, 1986; Leijssen, 2006; Vaysse, 2006), par l'écriture d'un journal (Kleinman, 2013a, Juin; Vaysse) ou par la parole (Kleinman, 2009, 2013a, Juin; Vaysse). Généralement, la verbalisation est également utilisée par le thérapeute pour souligner ses observations des mouvements des clients, provoquer la réflexion (Vaysse) et modeler l'utilisation des sensations corporelles en tant que source d'informations sur le vécu (Leijssen). Ces autres formes de communication ont habituellement lieu en début (Vaysse) ou en fin de séance (Kleinman, 2013a, Juin).

D'autres techniques peuvent être énumérées : visionnement par les clients d'enregistrements vidéo des séances précédentes (Krueger & Schofield, 1986; Vaysse, 2006), création d'une chorégraphie représentant la vie du client dans le but de la modifier (Kleinman, 2003), reproduction de stades développementaux antérieurs pour

mieux les compléter (Chaiklin, 1975; Chodorow, 1995), expérimentation de nouveaux mouvements, de nouvelles postures (Leijssen; 2006), de nouveaux rythmes et de nouvelles configurations spatiales (Vaysse), relaxation (Chaiklin; Krueger & Schofield; Vaysse) et respiration profonde pour augmenter la conscience des sensations corporelles (Leijssen).

***Mécanismes de changement attribués à la modalité groupale.*** La danse-thérapie s'est d'abord développée en tant que modalité groupale (Chaiklin, 1975) et est encore principalement offerte en groupe, la danse et l'interaction dans le mouvement symbolisant des façons d'être en interaction avec les autres (Pylvänäinen, 2010).

Le travail thérapeutique en groupe permet d'atteindre divers objectifs plus spécifiques à cette modalité : augmenter la participation des membres dans leur milieu de vie, accroître la socialisation et briser l'isolement (Berteau, 2006). De plus, le groupe revêt une importance primordiale à l'adolescence, apportant les bénéfices suivants : contenance, régulation des distances relationnelles et diffraction des investissements (Potel Baranes, 2009). La pertinence de la modalité groupale dans les interventions auprès de patientes souffrant d'un trouble alimentaire a également été démontrée, celui-ci diminuant l'anxiété associée à l'exploration du monde interne (Vust & Michel, 2006). Dans un groupe, les émotions d'un individu peuvent être augmentées tandis que son intellect peut être mis de côté (Bion, 2010), ce qui peut être d'autant plus pertinent dans le travail avec les personnes utilisant l'intellectualisation comme mécanisme de défense, comme c'est souvent le cas dans les troubles alimentaires (Gothelf et al., 1995). Il semble également qu'une thérapie de groupe permette une plus grande cohésion

contribuant à la resocialisation et à l'intégration post-hospitalisation des patients hospitalisés à l'interne (Ritter & Graff Low, 1996). L'expression de soi et le respect des différences individuelles peuvent être facilités par l'atmosphère groupale, développant par le fait même l'estime de soi et la sensibilité aux pairs (ADTA, 1977/1979).

Ces bénéfices de la modalité d'intervention groupale sont possibles par la présence de différents facteurs thérapeutiques : catharsis et compréhension de soi (également présents en modalité individuelle), instillation d'espoir et apprentissage vicariant (observation du progrès vécu par les autres membres du groupe amenant l'individu à apprendre de nouveaux comportements et à viser la rémission avec optimisme), universalité (sentiment vécu par l'individu de ne pas être seul, car il réalise que les autres membres du groupe vivent des expériences semblables aux siennes), cohésion de groupe (sentiment d'appartenance et de solidarité qui permet aux membres du groupe de se sentir compris, acceptés et soutenus, de réfléchir, d'explorer et d'exprimer de façon sécuritaire leurs vécus négatifs), altruisme (valorisation de chaque membre qui aide les autres et oublie en partie leur propre souffrance), partage d'informations (transmission de conseils reliés au vécu des autres membres), reproduction de la situation familiale d'origine, développement d'habiletés sociales et apprentissage interpersonnel (Berteau, 2006; Bloch & Crouch, 1985; Yalom & Leszcz, 2005). Les danse-thérapeutes travaillant en modalité groupale se réfèrent à ces facteurs thérapeutiques groupaux pour guider leurs interventions (Richardson Bunney, 2015, Février; Schmais, 1985). En effet, au sein d'une danse-thérapie groupale, ces facteurs thérapeutiques peuvent également être observés, plus particulièrement la cohésion du

groupe (Capello, 2009; Erfer & Ziv, 2006) offrant ainsi un soutien et un sentiment d'appartenance aux membres du groupe (Chaiklin, 1975)

Un autre aspect intéressant du travail thérapeutique en groupe est que le leadership et le rôle thérapeutique se retrouvent partagés entre le thérapeute et les participants (Berteau, 2006; Kleinman, 2003; Sandel et al., 1993; Vaysse, 2006). Ceci est d'autant plus vrai lors des séances de danse-thérapie, le mouvement pouvant se partager en groupe pour créer un corps collectif où des liens sont tissés entre les membres (Vaysse). Cette cohésion permise par l'action rythmique de la danse a un effet socialisant sur les membres leur permettant d'aller au-delà de leurs limites individuelles (Chaiklin, 1975; Vaysse). Il est toutefois important de garder en tête le fait que, en raison de l'anxiété (Chaiklin) et de la frustration (Bion, 2010) pouvant naître des contacts groupaux, il peut être préférable de commencer par des séances individuelles avec certaines personnes (Chaiklin) ou de former des sous-groupes où le nombre restreint permet une meilleure expression de soi (Brabender, 2002).

**Buts thérapeutiques généraux.** Comme tout processus thérapeutique, la danse-thérapie permet aux clients d'atteindre des buts. Certains sont partagés par plusieurs thérapeutes : l'augmentation de la conscience de soi, l'intégration du corps et de l'esprit et l'élargissement du répertoire de mouvements (ADTA, 1977/1979; Berger, 1989; Chaiklin, 1975; Chodorow, 1995; Dosamantes-Alperson, 1974; Leijssen, 2006). Ce dernier objectif permet d'explorer de nouvelles possibilités (Leijssen) pour établir un plus grand éventail de réponses adaptatives et de soutenir le changement par l'apprentissage de comportements alternatifs (ADTA) et par une réorganisation de la

pensée (Franks & Fraenkel, 1991). La danse-thérapie permet également l'exploration du vécu corporel intérieur (Kleinman, 2013b, Juin) pour apporter les bénéfices suivants au client : reconnaître ses affects dès leur émergence (Leijssen), vivre des insights (Kleinman, 2003; Rossberg-Gempton & Poole, 1992) par la compréhension du lien entre son état émotionnel et ses mouvements, libérer ses émotions et en expérimenter de nouvelles (Berger), extérioriser ses sentiments (Sandel et al., 1993) parfois douloureux à exprimer (Chodorow) et libérer les tensions pour créer des changements émotionnels (Rossberg-Gempton & Poole). Lors d'un travail thérapeutique avec une clientèle présentant une psychopathologie, une diminution des symptômes chroniques et des comportements aberrants est recherchée – tel que c'était déjà le cas dans le travail de la pionnière Marian Chace – pour atténuer les différentes formes de souffrance (Vaysse).

En atteignant ces objectifs, des effets positifs sur le plan personnel sont éventuellement attendus : remaniements internes positifs par le rétablissement de liens au sein du Moi (Vaysse, 2006), prise en charge des sentiments et des comportements (Kleinman, 2003), expression plus spontanée des pensées et des émotions (Chaiklin, 1975), choix effectués davantage pour soi-même, augmentation du niveau de confort personnel, meilleur niveau de fonctionnement (ADTA, 1977/1979), sensations de mieux-être et de réconfort, restauration du narcissisme, de l'estime de soi et de l'altérité et renforcement de l'identité par une unification et une harmonisation internes (Vaysse). Des effets positifs sur le plan social sont également attendus : prise de conscience des patrons interactionnels par la prise de conscience des patrons de mouvements, établissement des frontières, communication des besoins, établissement de connexions



avec les autres (Kleinman), développement de l'aptitude à créer des relations d'objet et une altérité socialisante (Vaysse), diminution de l'isolement, resocialisation (Berger, 1989), perceptions plus claires des autres (ADTA), meilleures interactions avec ceux-ci (ADTA; Chaiklin) par l'apprentissage d'une meilleure communication verbale (Berger) et meilleure adaptation à l'environnement (ADTA; Chaiklin; Dosamantes-Alperson, 1974). Des changements positifs sur le plan de la santé du corps (ADTA) et de l'image corporelle (Berger; Vaysse) sont aussi recherchés en danse-thérapie, notamment chez les personnes souffrant d'un trouble alimentaire (Stanton-Jones, 1992, cité dans Pylvänäinen, 2003).

### **Utilité de l'approche thérapeutique**

Le travail par le mouvement peut permettre d'offrir une intervention thérapeutique à des individus ayant des difficultés à communiquer et à verbaliser leur vécu (Kleinman, 2013a, Juin; Vaysse, 2006) et étant peu disponibles à la psychothérapie verbale (Chaiklin, 1975; Dosamantes-Alperson, 1974), comme ce peut être le cas chez les personnes souffrant d'un trouble alimentaire (Krantz, 1999; Krueger & Schofield, 1986) étant donné leur utilisation fréquente de l'intellectualisation (Gothelf et al., 1995). La danse-thérapie pourrait donc s'inscrire dans une approche multidisciplinaire en complément aux interventions déjà offertes (Bartenieff, 1972; Brouwer et al., 2009; Dosamantes-Alperson). Le danse-thérapeute peut notamment inviter ses clients à remettre en action en séance des expériences quotidiennes, des rituels entourant la nourriture pour y poser un nouveau regard (Krantz; Vivo, 2015, Mars); la connaissance de soi pouvant provenir d'une meilleure compréhension des habitudes de mouvements

(Rossberg-Gempton & Poole, 1992). De plus, comme des difficultés vécues lors des étapes préverbaux du développement peuvent mener à des blocages dans la communication verbale (Chaiklin), il semble d'autant plus pertinent d'offrir un travail non-verbal aux personnes pouvant vivre de tels blocages.

Il semble également que la danse-thérapie puisse être utile dans le travail auprès de clients ayant des difficultés sur le plan de l'image corporelle (Brouwer et al., 2009; Chaiklin, 1975), comme chez ceux souffrant d'un trouble alimentaire (Brouwer et al.; Eshkeviri et al., 2014; Krantz, 1999; Krueger & Schofield, 1986; Manley et al., 1988; Roy & Meilleur, 2010). Celle-ci peut par exemple être explorée de manière authentique à travers le mouvement pour augmenter l'épreuve de réalité et les comportements soignants face au corps (Pylvänäinen, 2003). Le changement effectué à travers le mouvement s'intègre à la mémoire musculaire du client qui peut alors se sentir plus en contrôle de ce changement (Vivo, 2015, Mars). .

### **Impacts de la danse-thérapie**

Depuis les balbutiements de la danse-thérapie, les cliniciens s'intéressent à documenter les résultats de leur travail. Les populations cibles des danse-thérapeutes sont relativement variées : patients psychotiques et schizophrènes, personnes présentant des troubles de santé mentale variés (délires, bipolarité, trouble obsessionnel-compulsif, phobies), personnes ayant vécu des abus sexuels, personnes ayant des conduites addictives, personnes souffrant d'anorexie mentale et de boulimie, enfants, adultes du troisième âge, personnes présentant une déficience visuelle, motrice ou auditive, sujets normaux à la recherche d'un mieux-être, etc. (Vaysse, 2006). Les impacts de la danse-

thérapie auprès de ces populations ont d'abord été présentés sous forme de brochures informatives (ADTA, 1977/1979) et de films documentaires cliniques. Par la suite, des recherches ont vu le jour pour évaluer de manière spécifique les effets de la danse-thérapie chez diverses populations, tel que rapporté dans la méta-analyse de Ritter et Graff Low (1996) portant sur 23 études différentes ayant évalué les effets de la danse-thérapie auprès de clientèles variées. Ces études comparent les groupes expérimentaux à des groupes témoins et décrivent la taille de l'effet des analyses statistiques présentées. Cette méta-analyse révèle des impacts positifs de la danse-thérapie, tels que rapportés par quatre études différentes, chez les personnes en bonne santé mentale et physique ( $N = [17-84]$ ) sur les composantes suivantes : attitude corporelle, acceptation de soi, intégration du mouvement et réduction des symptômes dépressifs et anxieux. Ritter et Graff Low rapportent également les résultats de trois études démontrant les impacts positifs de la danse-thérapie chez les enfants ( $N = [11-71]$ ) : amélioration de l'attention, de la participation au traitement et de la capacité à relaxer d'enfants avec différentes difficultés psychologiques et physiques, apprentissage des concepts de mouvement spatial chez des enfants avec une déficience visuelle et meilleure conscience spatiale d'enfants avec un handicap physique. Chez les adultes recevant des soins psychiatriques ( $N = [8-54]$ ), entre autres pour un diagnostic de schizophrénie, Ritter et Graff Low rapportent que les quatre études analysées démontrent des impacts positifs de la danse-thérapie sur les composantes suivantes : conscience corporelle, image corporelle, différenciation sexuelle et réduction des symptômes dépressifs et anxieux et de la tension corporelle. La méta-analyse de Ritter et Graff Low rapporte également les résultats

d'une étude faisant état d'impacts positifs de la danse-thérapie sur l'image corporelle de personnes en situation de handicap intellectuel ( $N = 22$ ). Tel que rapporté dans une autre étude analysée par Ritter et Graff Low, la danse-thérapie s'avère également bénéfique pour l'image corporelle de personnes âgées souffrant d'arthrite rhumatoïde ( $N = 96$ ). Les auteurs présentent aussi les bénéfices rapportés par trois études différentes sur la danse-thérapie auprès des populations suivantes ( $N = [3-33]$ ) : patientes atteintes d'un cancer du sein (estime de soi, image corporelle, humeur, sentiment de camaraderie et réduction de la détresse psychologique), adultes en détention légale et psychiatrique et femmes alcooliques. Dans une étude clinique finlandaise, Pylvänäinen (2010) observe cliniquement l'augmentation de la sensibilité à soi, au corps et aux sensations corporelles suite à une danse-thérapie groupale offerte à des adultes suivis en clinique externe de psychiatrie.

**Danse-thérapie pour les personnes souffrant d'un trouble alimentaire.** À l'instar de la danse-thérapie avec diverses populations (ADTA, 1977/1979; Chaiklin, 1975; Dosamantes-Alperson, 1974; Vaysse, 2006), une verbalisation des affects et des sensations vécus lors des exercices corporels est effectuée lors des séances de danse-thérapie avec les personnes souffrant d'un trouble alimentaire (Franks & Fraenkel, 1991; Krantz, 1999; McComb & Clopton, 2003; Padrão & Coimbra, 2011) ou celle-ci est offerte conjointement avec une thérapie verbale (Krueger & Schofield, 1986; Rice et al., 1989). D'ailleurs, il semblerait que la verbalisation de l'expérience vécue dans le mouvement permettrait de valider, de clarifier et d'intégrer les perceptions, les pensées, les émotions, les sentiments, les comportements et les actions qui y sont reliées (ADTA;

Dosamantes-Alperson) : ceci pourrait faciliter l'intégration de l'expérience verbale et non-verbale, du conscient et de l'inconscient.

Treize études présentant les impacts de la danse-thérapie sur l'image corporelle et l'intéroception de personnes souffrant d'un trouble alimentaire sont abordées ici dans le but d'orienter cette recherche. Ces études ont été publiées entre 1986 et 2016.

Tout d'abord, le champ de recherche sur la danse-thérapie étant relativement peu développé, plusieurs études publiées portent sur des études de cas unique. Les impacts observés dans ces études ne sont pas mesurés à partir d'outils validés et ne sont pas comparés à ceux vécus par des patients recevant une autre forme d'intervention, mais ils méritent tout de même d'être rapportés dans la présente étude, pouvant guider les analyses qui y seront effectuées. De plus, certaines de ces études ne présentent pas les caractéristiques sociodémographiques des patients et les modalités de l'intervention utilisée. Ainsi, Totenbier (1994) et Kleinman (2013a, Juin, 2015b, Février, 2016, Janvier) décrivent les impacts positifs qu'elles ont pu observer chez leurs patientes adultes souffrant d'un trouble alimentaire participant à une danse-thérapie individuelle ou groupale offerte dans une clinique spécialisée : reconnaissance des perturbations alimentaires et de leurs fonctions et de l'absence de relation à soi-même, reconnaissance des paradoxes dans le vécu et des processus d'évitement utilisés, diminution de la culpabilité après avoir mangé, exploration du vécu intérieur, augmentation de la conscience de soi permettant l'émergence de sentiments et de sensations jusqu'alors enfouis, reconnaissance du vécu avant qu'il ne soit intellectualisé, augmentation du respect de soi et de la confiance en soi, prise de conscience des perturbations de l'image

corporelle, confrontation et acceptation de l'image corporelle réelle par une diminution des inadéquations dans l'image corporelle et une intégration des aspects positifs en une image corporelle plus complète, amélioration de la capacité à entrer en relation avec les autres sur des périodes prolongées et développement d'habiletés utiles au quotidien.

D'autres auteures présentent des études de cas unique en spécifiant les caractéristiques sociodémographiques et les modalités de l'intervention utilisée. Ainsi, Krantz (1999) et Rice et al. (1989) présentent les impacts positifs d'une danse-thérapie individuelle qu'elles ont pu observer chez leurs patientes adultes, âgées de 18 à 24 ans, souffrant d'anorexie mentale (Rice et al.) ou de boulimie (Krantz). Après trois séances, une patiente souffrant d'anorexie mentale présente une meilleure reconnaissance de la distorsion de l'image corporelle, une augmentation de la conscience des réponses physiques et des mouvements respiratoires et une libération de ceux-ci, une augmentation du sentiment d'avoir son propre répertoire de mouvements et de la capacité à relaxer et à vivre des expériences corporelles agréables (Rice et al.). Après neuf mois d'intervention, une patiente souffrant également d'anorexie mentale présente une augmentation de la capacité à reconnaître les sensations dans la région du pelvis et les indices corporels reliés à la colère, une augmentation de la conscience sensorielle de l'environnement, une réintégration de toutes les parties du corps à l'image corporelle, une clarification des limites corporelles et des mouvements, un élargissement du répertoire de mouvements et une meilleure expression de la colère (Rice et al.). Après 14 mois d'intervention, une patiente souffrant de boulimie présente une amélioration de la conscience et de la connexion émotionnelles et une disparition des symptômes

boulimiques (Krantz). Cette intervention s'est poursuivie durant cinq années supplémentaires pour approfondir le concept de soi et l'image corporelle de la jeune femme. Deux ans et huit ans après la fin de l'intervention, les progrès se maintiennent et se poursuivent, le trouble alimentaire n'ayant pas refait surface et la satisfaction de la patiente face à sa vie et à son corps étant en augmentation (Krantz).

D'autres études présentent un condensé d'impacts observés chez plusieurs patientes rencontrées dans la carrière de certaines danse-thérapeutes travaillant auprès de patients souffrant d'un trouble alimentaire, sans spécifier les caractéristiques sociodémographiques et les modalités de l'intervention utilisée. Ainsi, Vivo (2015, Mars), Kleinman (2009), Krueger et Schofield (1986) résument leurs observations cliniques. Les impacts positifs suivants sont rapportés : augmentation de la confiance, sentiment d'être plus détendues, plus centrées, plus puissantes, plus efficaces et plus en contrôle, liquidation des sentiments négatifs, amélioration de la cohésion de l'image corporelle, reconnaissance du soi en entier comme partie importante de la force personnelle, émergence de l'individualité, expérimentation de l'autonomie du soi, expression de soi positive par le mouvement corporel, amélioration en séance de la conscience du soi corporel, reconnexion à soi-même et changement authentique dans les actions et les paroles.

Une étude clinique présente les détails de l'échantillon étudié et de l'intervention utilisée (Franks et Fraenkel, 1991). Les auteurs rapportent une amélioration de la connaissance corporelle, de l'engagement personnel, de la confiance en soi face à la nourriture, de la reconnaissance des sentiments envers les figures d'attachement, de la

capacité à prendre sa place auprès des autres et dans le groupe, de la capacité à mettre en mots son expérience et du désir de bouger différemment suite à une danse-thérapie groupale (huit séances hebdomadaires de 105 minutes, suivies de quatre autres séances six mois plus tard) offerte à des adultes, âgés de 20 à 55 ans, souffrant d'un trouble alimentaire ( $N = 12$ ). Cette étude comporte toutefois un petit groupe expérimental hétérogène et aucun groupe témoin. De plus, elle n'utilise pas d'outils validés pour l'évaluation et n'évalue pas le maintien des améliorations après la fin de l'intervention.

Seulement trois études utilisant des outils validés pour évaluer les impacts de la danse-thérapie sur un échantillon présentant des symptômes de trouble alimentaire ont pu être consultées. Ainsi, dans une étude de type pré-test/post-test, McComb et Clopton (2003) rapportent une diminution de l'anxiété suite à une danse-thérapie groupale (huit séances hebdomadaires de 90 minutes) offerte à des femmes présentant au moins un symptôme de boulimie ( $N = 6$ ) âgées de 18 à 22 ans. Aucune différence significative n'est observée sur le plan de l'estime de soi, des symptômes boulimiques, de la recherche de minceur et de l'insatisfaction corporelle. Les questionnaires *State-Trait Anxiety Inventory*, *Coopersmith Self-Esteem Inventory*, *Bulimia Test Revised* et les sous-échelles *recherche de minceur* et *insatisfaction corporelle* de l'*Eating Disorder Inventory-2* sont utilisés. Ensuite, dans une étude qualitative, Padrão et Coimbra (2011) rapportent une amélioration de l'image corporelle et de la perception des sensations internes suite à une danse-thérapie groupale (séances hebdomadaires de 75 minutes) offerte pendant six mois à des patientes hospitalisées pour une anorexie mentale ( $N = 7$ ) âgées de 15 à 56 ans. Une observation des mouvements et une analyse des verbalisations



à la fin de chaque séance sont utilisées pour comprendre les impacts de l'intervention. Ces deux études comportent toutefois des échantillons de petite taille, n'ont pas recours à un groupe témoin et n'évaluent pas le maintien des améliorations après la fin de l'intervention.

La dernière étude consultée comporte un échantillon plus grand. Ainsi, dans une étude de type pré-test/post-test multiples (avant et après chaque séance), Laverty et Lehmann (2013) rapportent une augmentation de l'appréciation, de la conscience et de la connexion corporelles et une diminution de l'anxiété par une distraction des pensées reliées au trouble alimentaire suite à chacune des séances hebdomadaires d'une danse-thérapie groupale offerte à des patientes, âgées de 13 à 65 ans, suivies en clinique privée pour un trouble alimentaire ( $N = 163$ ). Les questionnaires *Body Appreciation Scale*, *Scale of Bodily Connection* et *Pre-post Session Questionnaire* sont utilisés. Une comparaison est effectuée avec une intervention groupale de psychothérapie verbale traditionnelle, mais celle-ci est offerte conjointement à la danse-thérapie. Ainsi, étant donné l'absence de groupe témoin ne recevant pas de danse-thérapie et la forte attrition d'une séance à l'autre, d'autres recherches permettraient de mieux comprendre les impacts observés dans cette étude. De plus, la recherche n'évalue pas le maintien des améliorations après la fin de l'intervention.

La recension des écrits dans le domaine offre des pistes de réflexion pour la mise en place de la présente recherche. Ainsi, les études répertoriées décrivent en majorité des impacts positifs de la danse-thérapie sur des aspects de l'intéroception (Franks & Fraenkel, 1991; Kleinman, 2009, 2015b, Février; Krantz, 1999; Krueger & Schofield,

1986; Laverty & Lehmann, 2013; Padrão & Coimbra, 2011; Rice et al., 1989; Totenbier, 1994) et de l'image corporelle (Krueger & Schofield; Laverty & Lehmann; Padrão & Coimbra; Rice et al.; Totenbier). En effet, 39 % des impacts rapportés dans ces articles portent sur l'une ou l'autre des caractéristiques psychiatriques ciblées dans la présente recherche. Ceci rend d'autant plus pertinent d'utiliser des outils de mesure validés pour mesurer de manière spécifique les impacts de la danse-thérapie sur ces deux aspects. Ainsi, malgré l'absence d'impact de la danse-thérapie sur les résultats aux sous-échelles *recherche de minceur* et *insatisfaction corporelle* de l'EDI-2 (McComb & Clopton, 2003), l'utilisation de ces outils semble tout de même une bonne piste à explorer conjointement à d'autres outils venant compléter le portrait clinique des participantes à la présente recherche.

### **Pertinence de l'étude**

Étant donné la chronicité des troubles alimentaires (APA, 2013; Brouwer et al., 2009; Chavez & Insel, 2007; Dare et al., 2001; Eisler et al., 2000; Flament et al., 2001; Keel & Brown, 2010; Richard et al., 2005; Robin et al., 1999; Steinhausen, 2002) et la présence de perturbations de l'image corporelle (APA; Bruch, 1962, 1975, 1990; Burn, 1987; Couture, 2010; Manley et al., 1988; Roy & Meilleur, 2010) et de l'intéroception (Bruch; Couture) en tant que composantes principales de ces troubles, une intervention visant une diminution de ces perturbations permettrait d'agir en complémentarité aux services déjà offerts dans les unités de soins hospitaliers recevant des adolescentes souffrant d'un trouble alimentaire. Les résultats de la présente étude permettront donc d'orienter les équipes médicales dans le choix des services à intégrer à leur unité et

d'appuyer les demandes de financement pour l'intégration d'une danse-thérapie groupale, améliorant ainsi les interventions offertes à la clientèle reçue dans cette unité. Pour les raisons mentionnées précédemment, il est attendu que le travail non-verbal offert par la danse-thérapie puisse servir d'adjuvant aux autres thérapies offertes à l'unité de soins, notamment la psychothérapie verbale, et la présente étude pourra informer l'équipe médicale sur cette complémentarité des interventions.

À notre connaissance, les études qui se sont penchées sur les impacts d'une danse-thérapie sur l'image corporelle et l'intéroception d'adolescentes hospitalisées pour un trouble alimentaire sont peu nombreuses. Leurs failles méthodologiques présentées précédemment rendent leurs résultats difficilement interprétables et transférables à des populations plus larges. Malgré tout, les impacts positifs présentés suggèrent la pertinence de s'intéresser à une telle intervention dans le traitement des troubles alimentaires. La présente étude prévoit tout d'abord l'utilisation d'outils validés dans l'évaluation des impacts de la danse-thérapie groupale. De plus, l'utilisation d'un groupe témoin formé d'adolescentes hospitalisées pour un trouble alimentaire à la même unité de soins et recevant les services prévus à cette unité, à l'exception de la danse-thérapie, permettra de comparer les impacts de la danse-thérapie aux impacts des autres interventions offertes habituellement.

### **Objectif et hypothèses**

Cette étude vise à documenter les changements dans les perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception d'adolescentes hospitalisées pour un trouble alimentaire pour qui une intervention en danse-thérapie groupale a été ajoutée au plan de traitement

à l'unité de soins de la Section de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine. Le vécu des participantes sera comparé à celui des patientes recevant les soins habituellement offerts à l'unité des troubles alimentaires, et ce, au pré-test et au post-test. Deux hypothèses principales sont retenues : la participation à une danse-thérapie groupale 1) diminuera les perturbations de l'image corporelle, l'insatisfaction face à l'image corporelle, la distorsion de l'image corporelle, et la recherche de minceur; et 2) diminuera les perturbations de l'intéroception, soit les déficits intéroceptifs et les symptômes boulimiques d'adolescentes hospitalisées pour un trouble alimentaire. Selon les articles scientifiques précédemment cités, une diminution de ces perturbations peut également être observée chez les participantes du groupe témoin en raison des traitements offerts dans le cadre de l'hospitalisation. Ainsi, la présente étude permettra de vérifier si les deux groupes de participantes présentent des résultats équivalents suite aux interventions reçues.

Les liens entre les diverses variables quantitatives (insatisfaction corporelle, distorsion de l'image corporelle, recherche de minceur, déficits intéroceptifs, indice de masse corporelle [mesurée au pré-test pour représenter la restriction alimentaire] et boulimie) seront documentés par des corrélations effectuées sur les niveaux de ces variables au pré-test et entre les temps de mesure. Les questions suivantes feront ainsi l'objet d'analyses corrélationnelles : 1) les caractéristiques individuelles et les perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception des patientes sont-elles reliées entre elles au moment de l'admission; 2) les perturbations présentes avant l'intervention

sont-elles reliées aux perturbations après l'intervention; et 3) un portrait de la réponse au traitement peut-il être dégagé de l'analyse?

Les données qualitatives recueillies grâce aux journaux de bord remplis par les participantes et grâce aux questions posées par écrit lors du post-test feront l'objet d'une analyse thématique dans le but de répondre aux questions de recherche suivantes : 1) quel est le vécu subjectif des participantes lors de leur participation à la danse-thérapie; 2) quel est le vécu subjectif des participantes lors de leur hospitalisation; et 3) est-ce que les caractéristiques psychiatriques principalement affectées par les troubles alimentaires (sentiment d'auto-efficacité, image corporelle et intéroception) sont influencées par l'hospitalisation et la danse-thérapie?

Étant donné le caractère mixte de cette étude, les réponses écrites (journaux de bord et questions au post-test) des participantes seront analysées en fonction de leurs réponses aux mesures quantitatives et aux changements à ces mesures avant et après l'intervention dans le but de répondre à la question de recherche suivante : quels rubriques thématiques sont abordées par les participantes présentant les améliorations les plus importantes sur le plan des différentes variables dépendantes, au sein de chaque groupe (expérimental et témoin)?

## **Méthode**

La présente section détaille la méthode utilisée lors de l'expérimentation. Elle contient ainsi les informations relatives aux participants constituant l'échantillon, au déroulement de l'expérimentation, aux instruments de mesure, ainsi qu'aux analyses effectuées sur les données recueillies. Elle se conclue par les considérations éthiques de cette recherche.

### **Participants**

Toutes les participantes sont recrutées parmi les patientes hospitalisées à la Section de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine au cours de la période allant de mai 2015 à août 2016. Dix-sept adolescentes, âgées de 10 à 17 ans<sup>1</sup> ( $M = 14,53$ ;  $ÉT = 1,59$ ), hospitalisées à la Section de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine pour un trouble alimentaire sont recrutées parmi les participantes à la danse-thérapie groupale. Un groupe de 10 participantes, âgées de 11 à 16 ans ( $M = 14,25$ ;  $ÉT = 1,83$ ), est aussi recruté dans la même clinique entre les périodes d'offre de service de danse-thérapie, constituant le groupe témoin. Un appariement selon les caractéristiques individuelles (groupe d'âge – entre 10 et 13 ans et entre 14 et 18 ans – et nombre d'hospitalisations à ce jour – une ou deux hospitalisations, trois ou quatre hospitalisations ou cinq hospitalisations) est effectué suite au recrutement, favorisant la

---

<sup>1</sup> La définition de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2015, Novembre) est retenue dans la présente étude en ce qui a trait à l'adolescence. Ainsi, les jeunes de 10 à 19 ans sont réputés être dans leur adolescence. Dans le système de santé québécois, comme les patients sont transférés vers les services adultes à l'âge de 18 ans, l'échantillon inclura des participantes jusqu'à 17 ans.

correspondance entre le groupe expérimental et le groupe témoin. Chaque participante fait partie d'un seul groupe et ne peut participer qu'une seule fois à l'étude. Toutefois, quatre participantes n'ont pas complété l'étude lors d'une hospitalisation et ont été à nouveau hospitalisées avant la fin de la recherche. Elles ont alors été invitées à reprendre au complet leur participation. Les données recueillies lors de leur première participation ne sont alors pas considérées dans la présente thèse. Des 47 participantes ayant accepté de prendre part à la présente étude, 27 ont ainsi répondu aux instruments aux deux temps de mesure. Les 20 patientes qui ont débuté la recherche, mais qui ne l'ont pas complétée suite à un congé définitif d'hospitalisation moins de quatre semaines après le premier temps de mesure, sont âgées de 13 à 17 ans ( $M = 14,90$ ;  $ET = 1,37$ ). Le Tableau 1, inclus à l'Appendice A, présente les caractéristiques individuelles de chacune des participantes, telles qu'indiquées dans leur dossier médical au pré-test.

Le seul critère d'exclusion à l'étude est relié au genre. En effet, bien qu'un patient sur dix admis à l'unité d'hospitalisation soit de genre masculin, les adolescents sont exclus de l'étude pour éviter un biais dû au genre sur les variables d'intérêt. Aucun autre critère d'exclusion n'est présent dans l'étude. Par contre, les patientes doivent avoir stabilisé leur état de santé avant de participer à la danse-thérapie avec l'approbation de leur médecin traitant, comme c'est le cas pour les autres services offerts. Elles avaient la possibilité de remplir les questionnaires du pré-test dès leur enrôlement. L'enrôlement est consécutif et suit l'admission des patientes. De plus, la participation à la danse-thérapie ne prive pas les patientes des autres services et activités offerts.



Les études précédentes l'ayant démontré, la prévalence de patientes présentant un trouble alimentaire unique est faible, rendant difficile leur recrutement et obligeant l'utilisation d'échantillons regroupant tous les troubles alimentaires, parfois en comorbidité avec d'autres troubles. C'est également le cas dans la présente étude.

### **Intervention**

Tout d'abord, une modalité groupale est choisie pour cette étude considérant l'importance primordiale du groupe à l'adolescence, tel qu'il a été décrit précédemment. L'intervention est offerte par une danse-thérapeute accréditée par l'ADTA (Registered Dance/Movement Therapist – R-DMT) aux adolescents hospitalisés pour un trouble alimentaire à raison d'une heure par semaine pour un maximum de six semaines par participant, ce qui correspond à la durée moyenne d'hospitalisation. Les séances ont lieu dans les locaux du CHU Sainte-Justine, sur le même étage que l'unité d'hospitalisation, et un maximum de six participants prend part au groupe en même temps en suivant le principe d'un groupe ouvert (chaque fois qu'un participant quitte le groupe, un autre peut le rejoindre). Des détails supplémentaires sur les composantes de l'intervention sont présentés à l'Appendice B. La danse-thérapie est offerte conjointement aux autres services habituellement offerts dans le cadre du programme des troubles alimentaires à la Section de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine.

### **Recrutement et obtention du consentement**

La présente thèse s'inscrit dans un projet plus large mené par le CHU Sainte-Justine en collaboration avec l'Université de Sherbrooke et le Centre National de Danse-Thérapie des Grands Ballets Canadiens de Montréal. Ce projet vise l'implantation à long

terme d'une intervention en danse-thérapie au sein du programme des troubles alimentaires de la Section de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine. La thèse s'insère dans une recherche visant à évaluer de façon quantitative et qualitative les impacts de cette intervention. Les impacts sur l'anxiété et sur l'estime de soi sont évalués en parallèle aux impacts évalués par cette thèse.

Suite à leur admission, les patientes ciblées par l'équipe soignante comme étant susceptibles d'être hospitalisées au moins quatre semaines, leur permettant ainsi de participer à la recherche, sont rencontrées par la chercheuse qui leur présente la recherche et leur remet le formulaire de consentement. La chercheuse contacte ensuite les parents des patientes intéressées pour leur présenter la recherche et leur indiquer qu'ils pourront signer le formulaire de consentement (voir Appendice C) à leur prochaine visite à l'unité d'hospitalisation. Les patientes et leurs parents sont informés à propos de la confidentialité des données et de la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment, sans impact sur les services reçus, incluant la danse-thérapie.

### **Déroulement et collecte de données**

Dès l'obtention du consentement de leurs parents, toutes les participantes à la recherche (groupe expérimental et groupe témoin) remplissent les différents instruments de mesure quantitatifs suite à leur admission à l'unité d'hospitalisation de la Section de médecine de l'adolescence. Ces instruments de mesure sont administrés par la chercheuse et comportent un logiciel informatique, décrit ci-dessous, et quatre questionnaires. Les adolescentes hospitalisées lorsque la danse-thérapie est offerte et ayant accordé leur consentement, sont intégrées au groupe expérimental dès leur

participation à une première séance de danse-thérapie. Les adolescentes hospitalisées et ayant accordé leur consentement à la recherche qui n'intègre pas le groupe de danse-thérapie se retrouvent dans le groupe témoin. Tel que mentionné précédemment, celles qui sont hospitalisées entre les périodes d'offre de service de danse-thérapie intègrent le groupe témoin. Un journal de bord hebdomadaire détaillant l'expérience des participantes à la danse-thérapie est recueilli à chaque séance. Les instruments de mesure quantitatifs sont remplis à nouveau par toutes les participantes entre quatre et six semaines après le premier temps de mesure. De plus, une question supplémentaire sur leur perception de leur corps est posée par écrit au deuxième temps de mesure.

### **Instruments de mesure**

Il est à noter que la présente thèse s'intéresse seulement aux perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception présentes dans les troubles alimentaires, alors que l'étude plus large dans laquelle elle s'inscrit vise également à documenter l'implantation de la danse-thérapie et son impact sur l'anxiété et l'estime de soi des participantes. Ainsi, seuls le logiciel informatique et un des quatre questionnaires remplis par les participantes sont décrits dans le cadre de cette thèse.

### **Caractéristiques individuelles**

Certaines caractéristiques individuelles sont recueillies à partir du dossier médical des participantes : âge, nombre d'hospitalisations à ce jour, durée du trouble alimentaire, indice de masse corporelle. Les caractéristiques individuelles de chaque participantes sont présentées en détails dans le Tableau 1 (voir Appendice A).

### **Quantification de la distorsion de l'image corporelle**

Le logiciel informatique *Quantification de la distorsion de l'image corporelle* (Q-DIC; voir Appendice D) a été validé par le passé auprès d'une clientèle similaire à celle visée dans cette recherche (Roy & Forest, 2007). Il permet de comparer la perception que les participantes ont de leur silhouette à leur silhouette réelle, mesurée à partir de leur masse et de leur stature. Préalablement, le pseudonyme, l'âge, la masse et la stature de la participante sont notées dans le logiciel. Ensuite, l'instrument se remplit en trois étapes par la participante. Tout d'abord, elle doit moduler le ratio épaules/hanches de la silhouette apparaissant à l'écran en cliquant sur les boutons « + » et « - ». Ensuite, elle doit modifier la poitrine de la silhouette de la même manière. Pour terminer, la participante doit ajuster la masse complète de la silhouette à partir des mêmes boutons « + » et « - ». Après avoir reconduit la participante à sa chambre, l'administratrice inscrit un mot de passe pour accéder aux résultats de l'administration. Une masse et un indice de masse corporelle perçus s'affichent alors dans l'écran « résultats ». La mesure de distorsion de l'image corporelle est fondée sur la distance entre les données réelles de masse et de stature de la participante et les données inférées à partir de sa perception, telle qu'exprimée par l'image qu'elle choisit pour se représenter. Cette mesure est exprimée à la fois en kilogrammes et en indice de masse corporelle (score positif si les participantes se perçoivent plus grosses que la réalité et score négatif si les participantes se perçoivent plus minces que la réalité).

L'étude de Roy et Forest (2007), réalisée auprès de 240 adolescentes âgées de 13 à 18 ans, révèle une distorsion moyenne de l'image corporelle de -1,01 pour les

adolescentes sans diagnostic de santé mentale ( $n = 200$ ), de 3,07 pour les patientes suivies en externe pour un diagnostic d'anorexie mentale ( $n = 22$ ) et de 18,21 pour les patientes hospitalisées à l'interne pour un diagnostic d'anorexie mentale ( $n = 18$ ). L'instrument démontre de bonnes qualités psychométriques. Ainsi, le Q-DIC présente une bonne fidélité test-retest ( $r = 0,710$ ) et une excellente validité de construit ( $F = 56,839$ ,  $p < 0,001$ ). L'étude de Roy et Forest montre également que l'instrument possède une bonne validité convergente, pour l'échantillon d'adolescentes anorexiques, avec le score global et avec deux sous-échelles pertinentes du *Eating Disorders Examination Questionnaire* (score total :  $r = 0,362$ ,  $p < 0,05$ ; préoccupations pour la taille :  $r = 0,413$ ,  $p < 0,01$ ; préoccupations pour le poids :  $r = 0,347$ ,  $p < 0,05$ ), ainsi qu'avec le *Physical Appearance State and Trait Anxiety Scale* ( $r = 0,844$ ,  $p < 0,001$ ). La validité discriminante est démontrée à partir des échelles *compétences académiques* ( $r = -0,139$ ,  $p = n. s.$ ), *capacités intellectuelles* ( $r = -0,135$ ,  $p = n. s.$ ) et *compétences athlétiques* ( $r = -0,307$ ,  $p = n. s.$ ) du *Harter Self Perception Scale*. Les auteurs concluent que le Q-DIC s'avère le plus pertinent pour distinguer les adolescentes ne souffrant pas d'anorexie des adolescentes étant hospitalisées pour anorexie, sur le plan de la distorsion de l'image corporelle (Roy & Forest).

### **Eating Disorder Inventory-3**

L'*Eating Disorder Inventory-3* (EDI-3; Garner, 2004, voir Appendice E) est administré au pré-test et au post-test. Cet instrument a été choisi pour documenter la présence de changements sur le plan de certaines attitudes reliées aux perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception observées dans les troubles alimentaires, à la

suite de la participation à une danse-thérapie groupale. L'EDI-3 comprend douze sous-échelles se regroupant en deux catégories de facteurs : des facteurs de perturbation psychologique générale (*faible estime de soi, aliénation personnelle, insécurité interpersonnelle, aliénation interpersonnelle, déficits intéroceptifs, dérégulation émotionnelle, perfectionnisme, ascétisme et peur de la maturité*), et des facteurs de risque directement reliés aux troubles alimentaires (*recherche de minceur, boulimie et insatisfaction corporelle*; Clausen et al., 2011). Dans la présente étude, étant donné l'importance décrite précédemment des perturbations de l'image corporelle dans les troubles alimentaires, les sous-échelles de *recherche de minceur* (contenant sept items) et d'*insatisfaction corporelle* (contenant neuf items) de l'EDI-3 sont utilisées. De plus, étant donné l'importance décrite précédemment des perturbations de l'intéroception dans les troubles alimentaires, les sous-échelles de *boulimie* (contenant sept items) et de *déficits intéroceptifs* (contenant dix items) de l'EDI-3 sont utilisées.

Chaque énoncé du EDI-3 se répond sur une échelle de Likert en six points comportant les choix suivants : 1 = *toujours*, 2 = *habituellement*, 3 = *souvent*, 4 = *quelquefois*, 5 = *rarement* et 6 = *jamais*. Lors de la cotation, la règle suivante est appliquée : *toujours* = 4, *habituellement* = 3, *souvent* = 2, *quelquefois* = 1 et *rarement* et *jamais* = 0. Chaque sous-échelle contient certains items inversés (identifiés par des astérisques dans l'Appendice E). Bien qu'il soit possible de regrouper ensemble les échelles *recherche de minceur*, *boulimie* et *insatisfaction corporelle* pour former un score composite des facteurs de risque des troubles alimentaires, l'absence de corrélations élevées entre ces trois échelles (Espelage, Mazzeo, Aggen, & Quittner,

2003) confirme la pertinence d'utiliser séparément les scores à chaque sous-échelle. Un score élevé à la cotation d'une sous-échelle renseigne sur la signification clinique du concept mesuré (Clausen et al., 2011). Ainsi, le score clinique de la sous-échelle *recherche de minceur*, différenciant les femmes souffrant d'un trouble alimentaire et celles provenant de la population générale, est estimé à 16. Le score clinique de la sous-échelle *boulimie* est estimé à 9. Chacune de ces sous-échelles permet de distinguer les patientes souffrant de boulimie des femmes de la population générale. La sous-échelle *insatisfaction corporelle* a un score clinique estimé à 11. Pour ce qui est de la sous-échelle *déficits intéroceptifs*, son score clinique est estimé à 9 et elle distingue les patientes souffrant d'anorexie mentale des femmes de la population générale.

Les quatre échelles choisies présentent de bonnes qualités psychométriques (Clausen et al., 2011). Ainsi, toutes les échelles permettent de distinguer des femmes de la population générale ( $N = 878$ ) des participantes recevant des soins en clinique externe pour un trouble alimentaire. Ces échelles sont en effet réputées pour avoir une excellente validité discriminative ( $d = [0,71-2,00]$ ,  $p < 0,001$ ), permettant bien de distinguer le groupe clinique de la population générale. Chaque échelle choisie possède également une cohérence interne acceptable ou très satisfaisante au sein du groupe clinique : *recherche de minceur* ( $\alpha = 0,86$ ), *boulimie* ( $\alpha = 0,92$ ), *insatisfaction corporelle* ( $\alpha = 0,90$ ) et *déficits intéroceptifs* ( $\alpha = 0,81$ ). Il est toutefois important de considérer que les participantes à l'étude de Clausen et al. varient des normes observées aux États-Unis pour certaines échelles du questionnaire (se référer à leur article pour plus de détails).

### **Journaux de bord des participantes et questions écrites au post-test**

Considérant le fait que la recherche sur les impacts cliniques de la danse-thérapie est en pleine émergence, un caractère exploratoire est ajouté à cette étude. En effet, les journaux de bord des participants sont compilés après chaque séance pour être analysés qualitativement. Ces journaux de bord contiennent une consigne écrite rédigée par la danse-thérapeute et invitant les participants à écrire ou à dessiner après avoir réfléchi à l'expérience vécue lors de la séance (voir Appendice F). Des questions supplémentaires (une pour le groupe témoin, deux pour le groupe expérimental) directement reliées à la perception du corps sont adressées par écrit lors du post-test (voir Appendice G).

### **Plan d'expérimentation**

Un plan de recherche quasi-expérimental de type pré-test/post-test avec groupe témoin non-équivalent est utilisé pour cette étude. Les variables dépendantes quantitatives sont l'insatisfaction face à l'image corporelle, la distorsion de l'image corporelle, la recherche de minceur, les déficits intéroceptifs et la boulimie. Les adolescentes sont invitées à répondre aux instruments mesurant les variables dépendantes quantitatives à deux moments : pré-test) après l'admission à l'unité d'hospitalisation et avant la première séance de danse-thérapie, post-test) quatre à six semaines après la première mesure. Les variations entre les scores obtenus aux deux temps de mesure sont analysées. Les moyennes à chacune des variables dépendantes quantitatives sont comparées entre les groupes pour chaque temps de mesure.

D'un point de vue qualitatif, la perception du corps est explorée tout au long de la participation à la danse-thérapie et, plus précisément, les impacts des services reçus à



l'unité d'hospitalisation sur celle-ci. Les différents thèmes émergeant naturellement des journaux de bord sont également considérés pour documenter le vécu des participantes à l'étude. Les thèmes abordés de manière qualitative sont documentés en lien avec les variations aux variables dépendantes quantitatives.

### **Analyse des données**

Toutes les analyses quantitatives sont réalisées à l'aide du logiciel *SPSS* (version 18). Compte tenu de la petite taille des échantillons, des tests non-paramétriques sont utilisés en ajout aux tests paramétriques, lorsque le postulat de normalité n'est pas respecté. Tout d'abord, des analyses préliminaires sont effectuées. L'égalité des moyennes entre le groupe expérimental et le groupe témoin au pré-test pour les caractéristiques individuelles et pour les variables dépendantes quantitatives est vérifiée en utilisant des tests *t* pour échantillons indépendants et des tests non-paramétriques de Mann-Whitney. Étant donné le grand nombre d'abandons de l'étude (suite à un congé définitif de l'hospitalisation moins de quatre semaines après le premier temps de mesure), la correspondance entre les participantes ayant complété l'étude et celles ne l'ayant pas complétée est également vérifiée, tant pour les caractéristiques individuelles que pour les variables dépendantes quantitatives au pré-test.

Ensuite, les hypothèses concernant les changements aux variables dépendantes quantitatives d'un temps de mesure à l'autre sont vérifiées à l'aide de tests *t* pour échantillons appariés et de tests des rangs signés de Wilcoxon effectués sur chaque groupe (expérimental et témoin). De plus, afin de vérifier l'impact de la danse-thérapie au-delà de celui des services habituellement offerts lors de l'hospitalisation, les

moyennes obtenues au post-test par les groupes expérimental et témoin sont comparées entre elles pour chaque variable susmentionnée à l'aide de tests  $t$  pour échantillons indépendants et des tests non-paramétriques de Mann-Whitney.

Différentes analyses corrélationnelles de Pearson sont effectuées sur les variables quantitatives à l'étude. Une signification bilatérale est privilégiée étant donné que le sens des liens peut varier selon les variables faisant l'objet de l'analyse (par exemple, une corrélation positive pourrait être attendue entre l'âge et la durée du trouble alimentaire, tandis qu'une corrélation négative pourrait être attendue entre la durée du trouble alimentaire et l'indice de masse corporelle). De plus, cela permet de demeurer conservateur dans l'utilisation d'analyses sur des petits échantillons de participants. Des analyses corrélationnelles sont donc effectuées entre les caractéristiques individuelles (âge, durée du trouble alimentaire et nombre d'hospitalisations à ce jour) et les perturbations de l'image corporelle (scores au Q-DIC et aux sous-échelles *insatisfaction corporelle* et *recherche de minceur* de l'EDI-3) et de l'intéroception (scores aux sous-échelles *déficits intéroceptifs* et *boulimie* de l'EDI-3 et indice de masse corporelle) pour dresser un portrait des patientes à l'admission. Des analyses corrélationnelles sont effectuées entre les perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception pour documenter le lien entre ces variables, au pré-test et entre les temps de mesure (excluant l'indice de masse corporelle au post-test, car celui-ci n'est plus indicateur de la restriction alimentaire recherchée par les participantes, mais indique plutôt la prise de poids imposée durant l'hospitalisation). Des analyses corrélationnelles sont effectuées entre les scores de différence aux variables quantitatives dépendantes (scores au pré-test

soustraits des scores au post-test) dans le but de vérifier les possibilités de liens entre les variables.

Le paradigme compréhensif guide les choix d'analyses qualitatives. Ainsi, les sensations, les perceptions et les impressions des participantes sont prises en considération dans la présente recherche (Muchielli, 2009). De ce fait, les résultats observés dépendent des caractéristiques sociales et individuelles des adolescentes participant à cette étude, en ce sens qu'elles sont elles-mêmes les observatrices de leur processus de changement. De plus, une importance est accordée aux résultats singuliers pour bien comprendre leur survenue au sein de la population étudiée.

Les journaux de bord remplis durant les séances de danse-thérapie, constituant d'abord et avant tout un matériel clinique, permettent de recueillir la majeure partie des données qualitatives. Des questions écrites en post-test sont également posées aux participantes. Ces données font l'objet d'une analyse thématique par thématisation continue (Paillé & Mucchielli, 2016). Ce choix est posé étant donné que l'intention derrière l'analyse, se voulant à la fois fine et riche, soit d'abord descriptive, le fait que la chercheure débute sur le plan des analyses qualitatives et le fait que la consigne très large des journaux de bord amène un corpus de réponses très varié. Le logiciel *QDA Miner* est utilisé par la chercheure pour procéder à cette analyse. Ainsi, une fois les réponses aux journaux de bord et aux questions posées au post-test lues plusieurs fois, transcrites à l'ordinateur et intégrées dans une banque de données dans *QDA Miner*, chaque cas est analysé pour en faire ressortir les thèmes. L'analyse se fait en continu étant donné que tout le corpus est analysé en entier par l'attribution progressive et

linéaire de thèmes en en ajoutant de nouveaux lorsque ceci est pertinent. Au fur et à mesure que des thèmes sont reconnus, des propositions de regroupements sont faites par une combinaison du mode empirique et spéculatif et sont répertoriées dans un journal de thématisation pour construire peu à peu l'arbre thématique. Des modifications sont faites dans le libellé des thèmes ou dans leurs regroupements lorsque de nouveaux extraits amènent à voir différemment les extraits déjà lus, en revenant sans cesse aux extraits pour s'assurer de la correspondance des thèmes conservés. Une fois l'arbre thématique exhaustif complété, un peaufinage de l'analyse est effectuée de manière ascendante pour regrouper les thèmes non pas par catégories, mais par rubriques thématiques permettant de saisir ce qu'il y a de commun dans les vécus des participantes et d'assurer la hiérarchisation et la stabilité des thèmes ainsi que la validité de la dénomination choisie à chaque étape. La fréquence des rubriques thématiques est documentée pour chaque groupe de participantes (expérimental et témoin) en distinguant le vécu face à la danse-thérapie et celui face à l'hospitalisation. L'analyse des rubriques thématiques faite a posteriori permet de distinguer des rubriques thématiques témoignant d'une amélioration ou d'une détérioration dans le vécu des participantes. Toujours a posteriori, les rubriques thématiques peuvent également être rattachées aux trois caractéristiques psychiatriques principalement affectées par les troubles alimentaires : le sentiment d'auto-efficacité, l'image corporelle et l'intéroception. À partir de ces rubriques, les cooccurrences récurrentes entre les participantes sont également observées, faisant émerger a posteriori des regroupements nouveaux, offrant ainsi une compréhension supplémentaire du vécu des participantes.

Dans le but de recueillir diverses formes d'informations pouvant enrichir et approfondir le sujet de cette recherche (Briand & Larivière, 2000), un devis mixte est choisi. Ainsi, les données quantitatives et qualitatives sont mises en commun pour établir les réponses aux questions de recherche formulées précédemment et cerner le phénomène observé (Briand & Larivière). En plus d'être complémentaires aux données quantitatives, les données qualitatives recueillies dans cette recherche servent à corroborer les résultats obtenus (Briand & Larivière). Plus précisément, le devis de recherche utilisé est un devis mixte simultanée avec triangulation, c'est-à-dire que les données quantitatives et qualitatives ont été recueillies en parallèle au sein du même échantillon et font l'objet d'une attention d'importance égale pour que l'une et l'autre servent à se confirmer mutuellement (Briand & Larivière). Les réponses écrites (journaux de bord et questions au post-test) des participantes sont donc analysées en fonction de leurs réponses aux mesures quantitatives et aux changements à ces mesures avant et après l'intervention dans le but de répondre à la question de recherche suivante : quels thèmes et rubriques thématiques sont abordés par les participantes présentant les améliorations les plus importantes sur le plan des différentes variables dépendantes quantitatives, au sein de chaque groupe (expérimental et témoin)?

### **Considérations éthiques**

Les chercheurs impliqués dans l'étude ont obtenu un certificat d'approbation du comité éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine et la présente thèse a également obtenu l'approbation du comité éthique de la recherche de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Sherbrooke.

Le codage des résultats aux différents questionnaires et les transcriptions informatiques des journaux de bord assurent la confidentialité des participantes. Ainsi, la clé des codes et les documents informatiques reliés à la recherche sont conservés sous mot de passe (connu par l'équipe de recherche uniquement). Pour éviter les conflits d'intérêt, la chercheuse ne remplit aucun autre rôle auprès des participantes que la présentation de la recherche et l'administration des instruments de mesure.

Peu de risques et inconvénients reliés à l'intervention proposée sont connus, le nombre de recherches dans le domaine étant restreint. Certaines difficultés reliées à la perception des autres peuvent émerger lors de la danse-thérapie groupale. Aussi, bien que les articles rédigés par des danse-thérapeutes travaillant auprès de la clientèle visée rapportent des bienfaits cliniques sur ce plan, une danse-thérapie groupale s'échelonne habituellement sur un plus grand nombre de semaines. Comme les participantes à cette recherche bénéficient d'un maximum de six séances de danse-thérapie, compte tenu du temps moyen d'hospitalisation, il se peut que le travail amorcé durant cette période ne soit pas suffisant pour surmonter ces difficultés émergeant en début de processus. De plus, considérant l'enrôlement consécutif des participantes, elles ne débutent pas la danse-thérapie au même moment et n'assistent pas toutes au même contenu. Ceci peut limiter les résultats de la recherche.

## Résultats

## **Analyses préliminaires**

### **Équivalence des groupes**

Des tests  $t$  pour échantillons indépendants ont été effectués pour vérifier l'égalité des moyennes entre le groupe expérimental ( $n = 17$ ) et le groupe témoin ( $n = 10$ ) pour certaines caractéristiques individuelles des participantes (âge, nombre d'hospitalisations à ce jour et durée du trouble alimentaire), pour l'indice de masse corporelle et pour chacune des variables dépendantes quantitatives (insatisfaction corporelle, distorsion de l'image corporelle, recherche de minceur, déficits intéroceptifs et boulimie) au pré-test. Le postulat de normalité a été vérifié à partir du test de Shapiro-Wilk avant d'effectuer les analyses.

Le postulat de normalité est respecté pour les variables suivantes : âge et durée du trouble alimentaire pour les deux groupes, insatisfaction corporelle de chaque groupe aux deux temps de mesure, distorsion de l'image corporelle aux deux temps de mesure pour le groupe témoin, recherche de minceur au pré-test pour le groupe expérimental et aux deux temps de mesure pour le groupe témoin, déficits intéroceptifs de chaque groupe aux deux temps de mesure et indice de masse corporelle au post-test pour le groupe expérimental. Le postulat de normalité n'est pas respecté pour les variables suivantes : nombre d'hospitalisations à ce jour de chaque groupe (groupe expérimental :  $p = 0,000$ ; groupe témoin :  $p = 0,000$ ), distorsion de l'image corporelle aux deux temps de mesure pour le groupe expérimental (pré-test :  $p = 0,042$ ; post-test :  $p = 0,004$ ),



recherche de minceur au post-test pour le groupe expérimental ( $p = 0,002$ ), indice de masse corporelle au pré-test pour le groupe expérimental ( $p = 0,015$ ) et aux deux temps de mesure pour le groupe témoin (pré-test :  $p = 0,026$ ; post-test :  $p = 0,041$ ) et symptômes boulimiques de chaque groupe aux deux temps de mesure (groupe expérimental, pré-test :  $p = 0,000$ ; post-test :  $p = 0,000$ ; groupe témoin, pré-test :  $p = 0,009$ ; post-test :  $p = 0,000$ ). Étant donné la petite taille des échantillons, il n'est pas surprenant que certaines variables ne se distribuent pas normalement. De plus, étant donné que les analyses ont été effectuées sur des échantillons cliniques, il est théoriquement plausible que les distributions aux variables dépendantes ne soient pas normales, tel qu'il est fréquemment observé dans les populations cliniques en psychologie (Micceri, 1989). Des tests non-paramétriques de Mann-Whitney ont ainsi été effectués pour contourner cette limite.

Les tests  $t$  pour échantillons indépendants et ceux de Mann-Whitney effectués sur les caractéristiques individuelles des participantes recueillies au pré-test n'ont démontré aucune différence entre les groupes pour ce qui est de l'âge et du nombre d'hospitalisations à ce jour. Par contre, il semble que le groupe expérimental souffre d'un trouble alimentaire depuis plus longtemps ( $M = 20,53$  mois;  $ÉT = 12,92$  mois) que le groupe témoin ( $M = 9,00$  mois;  $ÉT = 5,52$  mois) :  $t(22,438) = 3,295$ ,  $p = 0,003$ . Aucune différence de moyenne n'est observée pour l'indice de masse corporelle et les variables dépendantes aux tests  $t$  pour échantillons indépendants et à ceux de Mann-Whitney effectués entre le groupe expérimental et le groupe témoin au pré-test. Les Tableaux 2 (postulat de normalité respecté) et 3 (postulat de normalité non respecté)

Tableau 2

*Comparaisons entre les deux groupes (expérimental et témoin) sur les caractéristiques des participantes et sur les variables dépendantes au pré-test (tests  $t$  pour échantillons indépendants)*

Variables	Groupe expérimental	Groupe témoin	Tests $t$ pour échantillons indépendants	
	$M$ (ÉT)	$M$ (ÉT)	$t$	$p$
Âge	14,53 1,59	14,25 1,83	0,36	0,723
Durée du trouble alimentaire	20,53 12,92	9,13 5,52	3,30	0,003**
Insatisfaction corporelle	20,09 9,18	25,00 8,02	-1,13	0,268
Recherche de minceur	17,15 8,17	18,14 9,01	-0,77	0,448
Déficits intéroceptifs	15,94 6,96	10,86 5,52	0,67	0,510

\*\* $p < 0,01$ .

présentent les résultats de toutes les comparaisons faites entre les deux groupes au pré-test, le choix de l'analyse dépendant du respect du postulat de normalité.

Ces résultats pourraient justifier le contrôle statistique de la durée du trouble lors des tests de comparaisons de moyennes entre les deux groupes. Toutefois, la taille des échantillons ne permet pas de procéder à un tel contrôle statistique. De plus, les résultats ont démontré que les deux groupes (expérimental et témoin) présentaient, en début d'hospitalisation, des moyennes équivalentes aux variables suivantes : insatisfaction

Tableau 3

*Comparaisons entre les deux groupes (expérimental et témoin) sur les caractéristiques des participantes, sur l'indice de masse corporelle et sur les variables dépendantes au pré-test (tests de Mann-Whitney)*

Variables	Groupe expérimental	Groupe témoin	Tests de Mann-Whitney	
	Rang moyen	Rang moyen	<i>U</i>	<i>p</i>
Nombre d'hospitalisations à ce jour	14,71	12,80	73,00	0,570
Distorsion de l'image corporelle	13,88	14,20	87,00	0,941
Indice de masse corporelle	14,18	13,70	82,00	0,880
Boulimie	14,54	11,56	59,00	0,367

corporelle, distorsion de l'image corporelle, recherche de minceur, déficits intéroceptifs, indice de masse corporelle et boulimie. Ainsi, bien que la durée du trouble soit différente d'un groupe à l'autre, le fait que les variables dépendantes soient équivalentes réduit la nécessité d'utiliser des variables de contrôle.

### **Valeurs manquantes**

Étant donné que plusieurs patientes ayant complété le pré-test n'ont pas eu l'occasion de compléter le post-test suite à un congé définitif moins de quatre semaines après le premier temps de mesure, des analyses de comparaison des moyennes ont été effectuées entre les participantes ayant complété la recherche ( $n = 27$ ) et celles ne l'ayant pas complétée ( $n = 20$ ). Ces analyses ont été effectuées sur les caractéristiques individuelles des participantes (âge, nombre d'hospitalisations à ce jour et durée du

trouble alimentaire), sur l'indice de masse corporelle et sur les variables dépendantes (insatisfaction corporelle, distorsion de l'image corporelle, recherche de minceur, déficits intéroceptifs et boulimie) au pré-test. Le postulat de normalité a été vérifié à partir du test de Shapiro-Wilk avant d'effectuer les analyses.

Chez les participantes ayant complété la recherche, le postulat de normalité est respecté pour toutes les variables, à l'exception des variables suivantes : nombre d'hospitalisations à ce jour ( $p = 0,000$ ), durée du trouble alimentaire ( $p = 0,044$ ), recherche de minceur ( $p = 0,012$ ), indice de masse corporelle ( $p = 0,012$ ) et boulimie ( $p = 0,000$ ). Du côté des participantes n'ayant pas complété la recherche, le postulat de normalité est respecté pour toutes les variables à l'exception des variables suivantes : âge ( $p = 0,024$ ), nombre d'hospitalisations à ce jour ( $p = 0,000$ ), durée du trouble alimentaire ( $p = 0,011$ ), insatisfaction corporelle ( $p = 0,023$ ) et boulimie ( $p = 0,002$ ). Étant donné la petite taille des échantillons, il n'est pas surprenant que certaines variables ne se distribuent pas normalement. De plus, étant donné que les analyses ont été effectuées sur des échantillons cliniques, il est théoriquement plausible, tel que mentionné précédemment, que les distributions aux variables dépendantes ne soient pas normales. Des tests non-paramétriques de Mann-Whitney ont ainsi été effectués pour contourner cette limite.

Les tests  $t$  pour échantillons indépendants et ceux de Mann-Whitney effectués sur les caractéristiques individuelles des participantes n'ont démontré aucune différence entre les participantes ayant complété la recherche et celles ne l'ayant pas complétée pour ce qui est de l'âge, du nombre d'hospitalisations à ce jour et de la durée du trouble

alimentaire. Toutefois, il semble que les participantes ayant complété la recherche ont un plus faible indice de masse corporelle ( $M = 15,46$ ,  $ÉT = 1,68$ ) que celles n'ayant pas complété la recherche ( $M = 17,16$ ,  $ÉT = 2,92$ ) :  $U(45) = 149,50$ ,  $p = 0,010$ . Du côté des autres variables dépendantes, aucune différence de moyenne n'est observée aux tests  $t$  pour échantillons indépendants effectués au pré-test entre les participantes ayant complété la recherche et celles ne l'ayant pas complétée. Les Tableaux 4 (postulat de normalité respecté) et 5 (non-respect du postulat de normalité; présentés à l'Appendice H) présentent les résultats de toutes les comparaisons de moyennes faites entre les participantes ayant complété la recherche et celles ne l'ayant pas complétée.

Ces résultats démontrent partiellement pourquoi certaines participantes n'ont pas complété la recherche. En effet, le congé définitif de l'hospitalisation est donné en partie en fonction de la prise de poids. Si leur indice de masse corporelle était déjà plus élevé à l'admission, il se peut que ces patientes aient quitté l'hôpital plus rapidement. Ainsi, les valeurs manquantes ne peuvent pas être considérées comme étant complètement aléatoires. Il pourrait être pertinent de tenir compte de l'indice de masse corporelle au pré-test en le contrôlant au sein des analyses de comparaison de moyennes entre le pré-test et le post-test pour chacun des groupes. En effet, un faible indice de masse corporelle est un indice de sévérité du trouble alimentaire et est influencé par des facteurs motivationnels. Par contre, étant donné la petite taille de l'échantillon, il n'est pas recommandé de contrôler une variable lors des analyses. De plus, étant donné l'interaction entre les variables dépendantes et l'indice de masse corporelle (voir la

section Liens entre les variables dépendantes quantitatives), cette dernière variable ne peut pas être utilisée comme covariable à contrôler.

### **Vérification des hypothèses**

#### **Rappel des hypothèses**

Tel que mentionné précédemment, deux hypothèses principales ont été retenues dans la présente étude : la participation à une danse-thérapie groupale 1) diminue les perturbations de l'image corporelle, soit l'insatisfaction face à l'image corporelle, mesurée par la sous-échelle *insatisfaction corporelle* de la version francophone du questionnaire auto-rapporté EDI-3 (Garner et al., 1983), la distorsion de l'image corporelle, mesurée par le logiciel Q-DIC (Roy & Forest, 2007; Roy & Meilleur, 2010), et la recherche de minceur, mesurée par la sous-échelle du même nom de l'EDI-3; et 2) diminue les perturbations de l'intéroception, soit les déficits intéroceptifs, mesurés par la sous-échelle du même nom de l'EDI-3, et les symptômes boulimiques, mesurés par la sous-échelle *boulimie* de l'EDI-3, d'adolescentes hospitalisées pour un trouble alimentaire. Selon les articles scientifiques précédemment cités, des diminutions à ces variables peuvent également être observées chez les participantes du groupe témoin en raison des traitements offerts dans le cadre de l'hospitalisation. Ainsi, afin de vérifier l'impact de la danse-thérapie au-delà de celui des services habituellement offerts lors de l'hospitalisation, les moyennes obtenues au post-test par les groupes expérimental et témoin ont été comparées entre elles pour chaque variable susmentionnée.

## Résultats des analyses

Les résultats aux analyses sur les différentes variables dépendantes (insatisfaction corporelle, distorsion de l'image corporelle, recherche de minceur, déficits intéroceptifs et boulimie) obtenus au pré-test et au post-test ont fait l'objet d'analyses de comparaison de moyennes dans le but d'évaluer l'impact de la participation à une danse-thérapie groupale sur les perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception d'adolescentes hospitalisées pour un trouble alimentaire. Des tests  $t$  pour échantillons appariés et des tests des rangs signés de Wilcoxon ont été utilisés pour déterminer si les niveaux des variables dépendantes au post-test diffèrent de ceux mesurés au pré-test. Les postulats de normalité ont été vérifiés au préalable à partir du test de Shapiro-Wilk. L'utilisation de tests non-paramétriques a permis de contourner, lorsque nécessaire, l'absence de normalité due aux petits échantillons et au caractère clinique de ceux-ci. Les résultats pour chacune des variables dépendantes sont détaillés dans les paragraphes suivants et sont présentés dans les Tableaux 6, 7 (postulat de normalité respecté) et 8 (postulat de normalité non respecté). Les tailles de l'effet et les puissances de chaque analyse sont présentées avec les résultats. Les implications de ces puissances seront abordées dans le chapitre Discussion.

**Perturbations de l'image corporelle.** Les perturbations de l'image corporelle incluent l'insatisfaction face à l'image corporelle, la distorsion de l'image corporelle et la recherche de minceur.

***Insatisfaction face à l'image corporelle.*** Le postulat de normalité sur les différences entre le pré-test et le post-test est respecté au test de Shapiro-Wilk pour le

Tableau 6

*Comparaisons entre le pré-test et le post-test sur les variables dépendantes pour le groupe expérimental (tests  $t$  pour échantillons appariés)*

Variables	Pré-test	Post-test	Tests $t$ pour échantillons appariés	
	$M$ (ÉT)	$M$ (ÉT)	$t$	$p$
Insatisfaction corporelle	20,09 9,18	18,59 10,65	0,99	0,337
Distorsion de l'image corporelle	15,59 9,68	16,56 13,12	-0,35	0,734
Recherche de minceur	17,15 8,17	15,35 10,39	0,75	0,464
Déficits intéroceptifs	15,94 6,96	10,94 6,40	3,84	0,001**
Indice de masse corporelle	15,53 1,87	16,60 1,47	-5,44	0,000***

\*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

groupe expérimental ( $p = 0,085$ ), mais pas pour le groupe témoin ( $p = 0,024$ ). Le résultat au test  $t$  à échantillons appariés effectué sur le groupe expérimental n'a pas démontré de différence entre le pré-test et le post-test :  $t(16) = 0,99$ ,  $p = 0,337$ . Le test des rangs signés de Wilcoxon effectué sur le groupe témoin n'a également pas démontré de différence entre le pré-test et le post-test :  $Z = -0,17$ ,  $p = 0,866$ . La taille de l'effet représentée par l'êta carré partiel est de 0,06 au sein du groupe expérimental et de 0,05 au sein du groupe témoin. La puissance observée respectivement pour chaque groupe est de 6 % et de 5 %.



Tableau 7

*Comparaisons entre le pré-test et le post-test sur les variables dépendantes pour le groupe témoin (tests  $t$  pour échantillons appariés)*

Variables	Pré-test	Post-test	Tests $t$ pour échantillons appariés	
	$M$ (ÉT)	$M$ (ÉT)	$t$	$p$
Distorsion de l'image corporelle	14,69 9,73	14,99 8,14	-0,04	0,968
Recherche de minceur	18,14 9,01	13,67 10,97	1,07	0,327
Déficits intéroceptifs	10,86 5,52	11,00 13,13	0,59	0,577
Indice de masse corporelle	14,81 2,08	15,87 2,12	-11,14	0,000***
Boulimie	0,71 1,50	1,17 1,94	0,43	0,682

\*\*\* $p < 0,001$ .

***Distorsion de l'image corporelle.*** Le postulat de normalité sur les différences entre le pré-test et le post-test est respecté au test de Shapiro-Wilk tant pour le groupe expérimental ( $p = 0,157$ ) que pour le groupe témoin ( $p = 0,187$ ). Les résultats aux tests  $t$  à échantillons appariés n'ont indiqué aucune différence entre le pré-test et le post-test, et ce, pour chacun des groupes (groupe expérimental :  $t(15) = -0,35$ ,  $p = 0,734$ ; groupe témoin :  $t(9) = -0,04$ ,  $p = 0,968$ ). La taille de l'effet représentée par l'êta carré partiel est de 0,01 au sein du groupe expérimental et de 0,00 au sein du groupe témoin. La puissance observée est de 5 % pour chaque groupe.

Tableau 8

*Comparaisons entre le pré-test et le post-test sur les variables dépendantes pour le groupe expérimental et le groupe témoin (tests des rangs signés de Wilcoxon)*

Variables et groupes	Pré-test	Post-test	Tests des rangs signés de Wilcoxon	
	Rang moyen	Rang moyen	Z	p
Insatisfaction corporelle du groupe témoin	16,06	14,69	-0,17	0,866
Boulimie du groupe expérimental	14,54	13,62	-0,94	0,345

**Recherche de minceur.** Le postulat de normalité sur les différences entre le pré-test et le post-test est respecté au test de Shapiro-Wilk tant pour le groupe expérimental ( $p = 0,800$ ) que pour le groupe témoin ( $p = 0,240$ ). Les résultats aux tests  $t$  à échantillons appariés n'ont indiqué aucune différence entre le pré-test et le post-test, et ce, pour chacun des groupes (groupe expérimental :  $t(16) = 0,75$ ,  $p = 0,464$ ; groupe témoin :  $t(6) = 1,07$ ,  $p = 0,327$ ). La taille de l'effet représentée par l'êta carré partiel est de 0,03 au sein du groupe expérimental et de 0,16 au sein du groupe témoin. La puissance observée respectivement pour chaque groupe est de 5 % et de 7 %.

**Perturbations de l'intéroception.** Les perturbations de l'intéroception comprennent les déficits intéroceptifs, la restriction alimentaire et la boulimie.

**Déficits intéroceptifs.** Le postulat de normalité sur les différences entre le pré-test et le post-test est respecté au test de Shapiro-Wilk tant pour le groupe expérimental ( $p = 0,138$ ) que pour le groupe témoin ( $p = 0,513$ ). Les résultats aux tests  $t$  à échantillons

appariés ont indiqué une différence entre le pré-test et le post-test au sein du groupe expérimental ( $t(16) = 3,84, p = 0,001$ ) alors que ce n'était pas le cas pour le groupe témoin ( $t(6) = 0,59, p = 0,577$ ). Ainsi, dans le groupe expérimental, le score au post-test ( $M = 10,94, \acute{E}T = 6,40$ ) était inférieur à celui au pré-test ( $M = 15,94, \acute{E}T = 6,96$ ). La taille de l'effet représentée par l'êta carré partiel est de 0,48 au sein du groupe expérimental et de 0,05 au sein du groupe témoin. La puissance observée respectivement pour chaque groupe est de 46 % et de 5 %.

***Restriction alimentaire.*** Le postulat de normalité sur les différences d'indice de masse corporelle entre le pré-test et le post-test est respecté au test de Shapiro-Wilk tant pour le groupe expérimental ( $p = 0,160$ ) que pour le groupe témoin ( $p = 0,809$ ). Les résultats aux tests  $t$  à échantillons appariés ont indiqué une différence entre le pré-test et le post-test, et ce, pour chacun des groupes (groupe expérimental :  $t(15) = -5,44, p = 0,000$ ; groupe témoin :  $t(9) = -11,14, p = 0,000$ ). En effet, dans le groupe expérimental, l'indice de masse corporelle était plus élevé au post-test ( $M = 16,60, \acute{E}T = 1,47$ ) qu'au pré-test ( $M = 15,53, \acute{E}T = 1,87$ ). C'était également le cas dans le groupe témoin (pré-test :  $M = 14,81, \acute{E}T = 2,08$ ; post-test :  $M = 15,87, \acute{E}T = 2,12$ ). La taille de l'effet représentée par l'êta carré partiel est de 0,65 au sein du groupe expérimental et de 0,93 au sein du groupe témoin. La puissance observée respectivement pour chaque groupe est de 71 % et de 74 %. Toutefois, étant donné que l'augmentation de l'indice de masse corporelle est imputable au régime alimentaire imposé lors de l'hospitalisation, ces résultats ne sont pas un reflet d'une modification réelle dans les symptômes de restriction alimentaire des participantes. En effet, le maintien ou

l'augmentation de leur indice de masse corporelle quelques semaines après la fin de l'hospitalisation seraient une meilleure indication d'une modification des habitudes alimentaires des participantes. Ces données n'ont pas été récoltées dans cette étude.

**Boulimie.** Le postulat de normalité sur les différences entre le pré-test et le post-test est respecté au test de Shapiro-Wilk pour le groupe témoin ( $p = 0,179$ ), mais pas pour le groupe expérimental ( $p = 0,001$ ). Le résultat au test des rangs signés de Wilcoxon effectué sur le groupe expérimental n'a pas montré de différence entre le pré-test et le post-test :  $Z = -0,94$ ,  $p = 0,345$ . Le résultat au test  $t$  à échantillons appariés effectué sur le groupe témoin n'a pas indiqué de différence entre le pré-test et le post-test :  $t(6) = 0,43$ ,  $p = 0,682$ . La taille de l'effet représentée par l'êta carré partiel est de 0,10 au sein du groupe expérimental et de 0,03 au sein du groupe témoin. La puissance observée respectivement pour chaque groupe est de 7 % et de 5 %.

**Comparaisons des moyennes entre les groupes au post-test.** Des tests  $t$  pour échantillons indépendants ont été effectués pour vérifier l'égalité des moyennes entre le groupe expérimental et le groupe témoin pour chacune des variables dépendantes (insatisfaction corporelle, distorsion de l'image corporelle, recherche de minceur, déficits intéroceptifs et boulimie) et pour l'indice de masse corporelle au post-test.

Le postulat de normalité mesuré à partir du test de Shapiro-Wilk est respecté pour les variables suivantes : insatisfaction corporelle de chaque groupe, distorsion de l'image corporelle pour le groupe témoin, recherche de minceur pour le groupe témoin, déficits intéroceptifs de chaque groupe et indice de masse corporelle pour le groupe expérimental. Le postulat de normalité n'est pas respecté pour les variables suivantes :

distorsion de l'image corporelle pour le groupe expérimental ( $p = 0,004$ ), recherche de minceur pour le groupe expérimental ( $p = 0,002$ ), indice de masse corporelle pour le groupe témoin ( $p = 0,041$ ) et boulimie de chaque groupe (groupe expérimental :  $p = 0,000$ ; groupe témoin :  $p = 0,000$ ). Étant donné la petite taille des échantillons, il n'est pas surprenant que certaines variables ne se distribuent pas normalement. De plus, étant donné que les analyses ont été effectuées sur des échantillons cliniques, il est théoriquement plausible, tel que mentionné précédemment, que les distributions aux variables dépendantes ne soient pas normales, même après une intervention de quelques semaines. Des tests non-paramétriques de Mann-Whitney ont ainsi été effectués pour contourner cette limite.

Les tests  $t$  pour échantillons indépendants effectués sur les variables dépendantes mesurées au post-test n'ont pas démontré de différence entre les groupes. Les mêmes résultats ont été trouvés à partir du test non-paramétrique de Mann-Whitney. Les Tableaux 9 (postulat de normalité respecté) et 10 (postulat de normalité non respecté) présentent les résultats des comparaisons faites entre les deux groupes.

Ainsi, l'absence de différence de moyennes observée au pré-test s'est maintenue entre les deux groupes après quatre à six semaines d'hospitalisation (avec ou sans participation à la danse-thérapie groupale selon le groupe).

### **Analyses quantitatives reliées aux questions de recherche**

Tel que mentionné précédemment, les liens entre les caractéristiques individuelles, l'indice de masse corporelle et les diverses variables dépendantes (insatisfaction corporelle, distorsion de l'image corporelle, recherche de minceur,

Tableau 9

*Comparaisons entre les deux groupes (expérimental et témoin) sur les variables dépendantes au post-test (tests  $t$  pour échantillons indépendants)*

Variables	Groupe expérimental	Groupe témoin	Tests $t$ pour échantillons indépendants	
	$M$ (ÉT)	$M$ (ÉT)	$t$	$p$
Insatisfaction corporelle	18,59 10,65	20,50 13,98	-0,64	0,531
Déficits intéroceptifs	10,94 6,40	11,00 13,13	-0,78	0,459

déficits intéroceptifs et boulimie) ont été documentés par des corrélations effectuées sur les niveaux de ces variables au pré-test (pour dresser un portrait des participantes) et entre les temps de mesure (pour vérifier l'émergence de nouveaux liens entre les variables). Les questions suivantes ont ainsi fait l'objet d'analyses corrélationnelles : 1) les caractéristiques individuelles et les perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception des patientes sont-elles reliées entre elles au moment de l'admission; et 2) les perturbations présentes avant l'intervention sont-elles reliées aux perturbations après l'intervention? La question concernant le portrait de la réponse au traitement a été explorée à partir du vécu spécifique de chaque participante.

### **Liens entre les variables dépendantes quantitatives**

**Portrait des patientes à l'admission.** Pour mieux connaître le portrait des patientes hospitalisées pour un trouble alimentaire à la Section de médecine de

Tableau 10

*Comparaisons entre les deux groupes (expérimental et témoin) sur l'indice de masse corporelle et les variables dépendantes au post-test (tests de Mann-Whitney)*

	Groupe expérimental	Groupe témoin	Tests de Mann-Whitney	
Variables	Rang moyen	Rang moyen	<i>U</i>	<i>p</i>
Distorsion de l'image corporelle	12,56	15,00	95,00	0,452
Recherche de minceur	13,29	12,38	63,00	0,798
Indice de masse corporelle	13,81	13,00	75,00	0,816
Boulimie	13,62	11,69	57,50	0,549

l'adolescence du CHU Sainte-Justine, les liens corrélacionnels à signification bilatérale (corrélacions de Pearson) entre les caractéristiques individuelles, l'indice de masse corporelle et les différentes variables dépendantes à l'étude recueillies lors de l'admission des participantes ont été vérifiés.

Tout d'abord, une corrélation positive est observée au sein du groupe expérimental entre l'âge et l'insatisfaction corporelle au pré-test ( $r(15) = 0,53$ ,  $p = 0,027$ ) : les participantes plus âgées du groupe expérimental étant également celles ayant une plus forte insatisfaction corporelle. Cette corrélation positive représente une variance commune de 28 % et n'est pas observée au sein du groupe témoin, ni lorsque les deux groupes sont jumelés.

L'analyse de l'ensemble de l'échantillon (expérimental et témoin) suggère une corrélation positive entre la recherche de minceur et l'insatisfaction corporelle au pré-

test ( $r(24) = 0,75, p = 0,000$ ), représentant une variance commune de 56 %. Pour l'ensemble de l'échantillon, l'indice de masse corporelle au pré-test, utilisé en tant qu'indicateur de la restriction alimentaire, est relié positivement et de manière significative à l'insatisfaction corporelle au pré-test ( $r(24) = 0,40, p = 0,046$ ), avec laquelle elle partage 16 % de variance commune, et à la boulimie au pré-test ( $r(24) = 0,58, p = 0,002$ ), partageant 34 % de variance commune. La boulimie est, elle-même reliée positivement et de manière significative aux déficits intéroceptifs au pré-test ( $r(24) = 0,40, p = 0,042$ ), partageant une variance commune de 16 %. De plus, lorsque les deux groupes sont jumelés, la recherche de minceur au pré-test est associée positivement aux déficits intéroceptifs au pré-test ( $r(24) = 0,50, p = 0,009$ ), partageant 25 % de variance commune.

La corrélation positive observée entre la recherche de minceur et l'insatisfaction corporelle au pré-test dans l'échantillon global est également présente au sein des groupes expérimental ( $r(15) = 0,77, p = 0,000$ ), représentant une variance commune de 59 %, et témoin ( $r(7) = 0,69, p = 0,041$ ), représentant une variance commune de 48 %, observés séparément. La corrélation observée au sein de l'échantillon global entre l'indice de masse corporelle et à la boulimie au pré-test est observée au sein du groupe expérimental ( $r(15) = 0,66, p = 0,004$ ), représentant 44 % de variance commune, mais pas au sein du groupe témoin. Il en est de même pour la corrélation positive entre la recherche de minceur et les déficits intéroceptifs au pré-test présente au sein du groupe expérimental seulement ( $r(15) = 0,58, p = 0,016$ ), représentant 34 % de variance commune. Ainsi, les participantes ayant un indice de masse corporelle plus élevé au pré-



test dans le groupe expérimental étaient également celles présentant le plus de symptômes boulimiques et vivant le plus d'insatisfaction corporelle au pré-test. De plus, les participantes présentant un plus haut degré de recherche de minceur étaient également celles présentant le plus de déficits intéroceptifs. Toutefois, la corrélation positive entre les symptômes boulimiques et les déficits intéroceptifs au pré-test n'était pas significative lorsque les deux groupes étaient observés séparément.

Pour répondre à la question de recherche à partir des analyses effectuées au sein de l'échantillon, les éléments suivants caractérisent le portrait des patientes à l'admission : une patiente plus âgée (de 15 à 17 ans) risquerait d'être plus insatisfaite de son corps ( $M = 24,92$ ); une patiente ayant un indice de masse corporelle plus élevé (à moins de deux écarts-types sous la moyenne normale pour son âge) présenterait généralement une plus grande insatisfaction de son corps ( $M = 21,82$ ) et plus de symptômes boulimiques même si ces derniers demeureraient sous-cliniques ( $M = 6,36$ ); les perturbations de l'image corporelle pourraient être reliées entre elles au sein de la population clinique diagnostiquée pour un trouble alimentaire; la recherche de minceur, les symptômes boulimiques et les déficits intéroceptifs pourraient être reliés entre eux au sein de la population clinique diagnostiquée pour un trouble alimentaire.

**Liens entre les perturbations présentes avant et après l'intervention.** Pour vérifier si les perturbations présentes avant l'intervention ont influencé les perturbations après l'intervention, les liens corrélationnels à signification bilatérale pour l'indice de masse corporelle au pré-test et chaque variable dépendante quantitative aux deux temps de mesure ont été explorés à travers des corrélations de Pearson.

Les perturbations de l'image corporelle peuvent être reliées entre elles d'un temps de mesure à l'autre. Ainsi, au sein du groupe expérimental, les analyses reliant les variables recherche de minceur et insatisfaction corporelle au pré-test et au post-test suggèrent la stabilité des relations entre celles-ci, tel que présenté précédemment pour le pré-test et tel qu'observé entre les temps de mesure : insatisfaction corporelle au pré-test et recherche de minceur au post-test ( $r(15) = 0,51, p = 0,035$ ), partageant 26 % de variance commune; recherche de minceur au pré-test et insatisfaction corporelle au post-test ( $r(15) = 0,65, p = 0,004$ ), partageant 42 % de variance commune. Du côté du groupe témoin, la recherche de minceur au pré-test est reliée positivement avec l'insatisfaction corporelle au post-test ( $r(5) = 0,78, p = 0,037$ ), partageant 61 % de variance commune, mais l'insatisfaction corporelle au pré-test n'est pas associée à la recherche de minceur au post-test alors que ces deux variables étaient corrélées ensemble au pré-test.

Au sein des perturbations de l'intéroception, seul l'indice de masse corporelle au pré-test est lié positivement avec la boulimie mesurée au post-test uniquement au sein du groupe expérimental ( $r(15) = 0,80, p = 0,000$ ), partageant 64 % de variance commune, tel qu'il est observé au pré-test. La corrélation observée au pré-test au sein de l'échantillon global entre les symptômes boulimiques et les déficits intéroceptifs n'apparaît pas au sein des groupes séparément en analysant les liens entre les variables prises aux deux temps de mesure.

Certaines perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception sont toutefois reliées entre elles d'un temps de mesure à l'autre. Ainsi, au sein du groupe expérimental, la recherche de minceur au pré-test est liée positivement aux déficits intéroceptifs au

post-test ( $r(15) = 0,54, p = 0,027$ ), partageant 29 % de variance commune, les deux variables étant déjà corrélées ensemble au pré-test. De plus, toujours au sein du groupe expérimental, l'insatisfaction corporelle au pré-test est liée positivement à la boulimie ( $r(15) = 0,62, p = 0,008$ ), partageant 38 % de variance commune, et aux déficits intéroceptifs ( $r(15) = 0,48, p = 0,050$ ), partageant 23 % de variance commune, au post-test; ces corrélations n'étaient pas observées entre ces variables au pré-test. Ainsi, les participantes qui présentaient plus d'insatisfaction corporelle au pré-test présentaient plus de symptômes boulimiques et de déficits intéroceptifs après la danse-thérapie.

Des tendances corrélationnelles ont également pu être observées au sein de chaque groupe. Ainsi, au sein du groupe expérimental, une tendance corrélationnelle positive entre l'insatisfaction corporelle au pré-test et la distorsion de l'image corporelle au post-test est observée ( $r = 0,45$ ). Du côté du groupe témoin, la recherche de minceur et l'insatisfaction corporelle au pré-test sont reliées par une tendance corrélationnelle positive avec la distorsion de l'image corporelle au post-test tandis que la distorsion de l'image corporelle au pré-test est reliée par une tendance corrélationnelle positive avec la boulimie au post-test ( $r = [0,61 \text{ à } 0,67]$ ).

Pour répondre à la question de recherche à partir des analyses effectuées au sein de l'échantillon, les perturbations de l'image corporelle sont demeurées reliées entre le pré-test et le post-test, certains liens pouvant même émerger entre les deux temps de mesure, tandis que les perturbations de l'intéroception n'étaient pas davantage liées entre les deux temps de mesure qu'elles ne l'étaient déjà au pré-test. Des liens ont également surgi entre les perturbations de l'image corporelle et les perturbations de

l'intéroception d'un temps de mesure à l'autre, surtout au sein du groupe expérimental. Ainsi, la danse-thérapie groupale pourrait augmenter les liens entre l'intéroception et l'image corporelle, comparativement aux autres services offerts à l'unité d'hospitalisation.

**La diminution des déficits intéroceptifs précédant la diminution des perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception.** Étant donné que seule la différence aux déficits intéroceptifs entre le pré-test et le post-test était significative, et ce, uniquement pour le groupe expérimental, une analyse du vécu de chaque participante a été faite pour rendre compte du portrait de réponse à la danse-thérapie groupale. Le Tableau 11 rapporte, pour chaque participante, les scores de différence à chacune des variables, en scores *Z* pour en faciliter la comparaison. Les participantes de chaque groupe ont été classées de celles présentant la plus grande diminution des déficits intéroceptifs à celles présentant une augmentation des déficits intéroceptifs. Un dégradé de gris permet de voir en un coup d'œil qu'une plus grande diminution des déficits intéroceptifs correspond également à une diminution des autres perturbations, tandis qu'un maintien ou une augmentation des déficits intéroceptifs correspond à un maintien ou une augmentation des autres perturbations. Un tel lien est moins évident au sein des participantes du groupe témoin.

### **Analyses qualitatives reliées aux questions de recherche**

Tel qu'il a été mentionné précédemment, les données qualitatives recueillies grâce aux journaux de bord complétés par les participantes ainsi que les réponses aux questions posées par écrit lors du post-test ont fait l'objet d'une analyse thématique par

Tableau 11

*Scores de différences aux variables dépendantes et différence d'indice de masse corporelle pour chaque participante selon le groupe (ordonnés selon le score de différence aux déficits intéroceptifs)*

Participant par groupe	Déficits intéroceptifs	Insatisfaction corporelle	Distorsion de l'image corporelle	Recherche de minceur	Boulimie	Indice de masse corporelle
Expérimental	En scores Z					
25	-2,29	-1,02	-1,07	-2,07	-2,46	1,11
31	-1,45	-0,41	0,16	-0,44	-0,53	-0,62
19	-1,33	-0,92	-0,72	-1,63	-0,18	1,26
15	-1,09	-0,71	-0,43	-1,09	0,18	2,50
22	-0,85	-0,61	-0,20	-0,87	0,00	1,60
16	-0,72	-0,10	-0,43	-0,22	0,00	0,99
24	-0,72	-0,56	0,05	-0,54	-0,79	1,30
17	-0,60	-0,10	1,15	0,00	0,18	1,46
04	-0,36	0,71	-0,51	-0,60	-1,14	0,54
18	-0,36	-0,81	-0,39	-1,09	0,00	0,70
21	-0,36	-0,10	1,12	0,11	-0,18	1,30
30	-0,24	1,02	0,83	1,85	0,00	1,99
27	-0,12	-0,20	-0,15	0,22	0,00	1,19
26	0,00	0,71	0,09	0,11	0,35	1,28
01	0,00	0,10	-	1,85	0,00	-
13	0,12	0,81	0,11	1,09	0,18	-0,46
05	0,12	-0,41	1,15	0,00	0,53	0,85
Témoin	En scores Z					
40	-	-	-1,18	-	-	0,82
9	-1,33	-1,83	0,52	-1,41	0,00	1,32
32	-0,72	-0,92	-0,91	-0,22	0,00	1,22
37	-	-	-0,21	-	-	0,83
46	-0,24	0,31	0,14	-0,33	-0,70	1,70
38	0,00	0,10	0,13	0,54	0,18	0,97
39	0,00	0,20	0,55	0,11	-0,70	1,11
47	0,60	0,51	-0,28	-0,27	0,53	1,14
36	0,60	0,31	0,38	-0,11	0,18	0,77
10	-	-	0,95	-	-	0,75

thématisation continue (Paillé & Mucchielli, 2016) dans le but de répondre aux questions de recherche suivantes : 1) quel est le vécu subjectif des participantes lors de leur participation à la danse-thérapie; 2) quel est le vécu subjectif des participantes lors de leur hospitalisation; et 3) est-ce que les caractéristiques psychiatriques principalement affectées par les troubles alimentaires (sentiment d'auto-efficacité, image corporelle et intéroception) sont influencées par l'hospitalisation et la danse-thérapie?

Le logiciel *QDA Miner* a été utilisé par la chercheure pour procéder à cette analyse. Tel qu'il a été décrit dans la section Méthode du présent document, une fois les réponses aux journaux de bord et aux questions posées au post-test lues plusieurs fois, transcrites à l'ordinateur et intégrées dans une banque de données dans *QDA Miner*, chaque cas a été analysé pour en faire ressortir les thèmes. L'analyse s'est faite en continu, c'est-à-dire que tout le corpus a été analysé en entier par l'attribution progressive et linéaire de thèmes en attribuant de nouveaux thèmes lorsque ceci était pertinent. Au fur et à mesure que des thèmes ont été reconnus, des propositions de regroupements ont été faites par une combinaison du mode empirique et spéculatif et ont été répertoriées dans un journal de thématisation pour construire peu à peu l'arbre thématique. Des modifications ont été faites dans le libellé des thèmes ou dans leurs regroupements lorsque de nouveaux extraits amenaient à voir différemment les extraits déjà lus, en revenant sans cesse aux extraits pour s'assurer de la correspondance des thèmes conservés. Des catégories de thèmes ont permis de les classer selon différentes sphères du vécu des participantes dans le but de constituer un arbre thématique offrant une compréhension objective des thèmes. Les catégories présentes touchaient par

exemple les sphères suivantes : cognitive, physique, émotionnelle, intrapersonnelle, interpersonnelle/sociale/relationnelle, comportementale, etc. Une fois l'arbre thématique exhaustif complété, un peaufinage de l'analyse a été effectué de manière ascendante pour regrouper les thèmes non pas par catégories, mais par rubriques thématiques (Appendice I). Ainsi, les rubriques thématiques correspondaient à des thèmes plus larges où s'est regroupé le premier niveau de thèmes (sans passer par les catégories). Ces derniers étant parfois abordés par une seule participante, un regroupement a permis de faire émerger les convergences dans le vécu des participantes. Ceci a permis en effet de saisir ce qu'il y avait de commun dans le vécu des participantes et d'assurer la hiérarchisation et la stabilité des thèmes ainsi que la validité de la dénomination choisie à chaque étape. À partir de ces rubriques, la récurrence entre les participantes a été observée. Toutefois, certaines rubriques s'avéraient nécessaires malgré leur faible récurrence étant donné qu'elles concernaient un élément distinct des rubriques existantes.

### **Rubriques thématiques**

Il a été possible de distinguer a posteriori des rubriques thématiques témoignant d'une amélioration ou d'une détérioration dans la symptomatologie des participantes en lien avec leur hospitalisation et leur participation à la danse-thérapie, le cas échéant. L'analyse des rubriques thématiques a permis de les rattacher, toujours a posteriori, aux trois caractéristiques psychiatriques principalement affectées par les troubles alimentaires pour en dégager un sens sur le plan clinique : le sentiment d'auto-efficacité, l'image corporelle et l'intéroception. Pour faciliter la comparaison entre les groupes, les

rubriques reliées à chaque caractéristique seront décrites pour les deux groupes avant de passer à la caractéristique suivante. De plus, les participantes du groupe expérimental ont été invitées à décrire leur expérience en distinguant la danse-thérapie du reste de l'hospitalisation. Il est donc intéressant de contraster les rubriques abordées pour chaque catégorie de services reçus. Pour mieux illustrer le vécu réel des participantes, un exemple de thème signifiant, accompagné d'un extrait, est donné pour chaque rubrique. Les extraits présentés sont corrigés pour les uniformiser sur le plan de l'orthographe et de la grammaire, à l'exception des erreurs de langage (par la mention « *[sic]* »).

**Amélioration de la symptomatologie des participantes.** Globalement, de nombreux thèmes abordés par les participantes ont décrit une amélioration de leurs symptômes ou des éléments positifs reliés à ceux-ci. Les rubriques thématiques contenant ces thèmes sont reliées à des résultats observés par les participantes, à des éléments qu'elles ont appréciés dans les séances de danse-thérapie ou dans l'hospitalisation, à des objectifs thérapeutiques qu'elles ont ciblés et à des facteurs antérieurs à leur hospitalisation qui ont eu une incidence positive sur leur vécu.

***Rubriques reliées au sentiment d'auto-efficacité.*** Des rubriques plus spécifiquement reliées à une diminution de l'anxiété et à une augmentation de l'estime de soi des participantes sont trouvées au sein des rubriques reliées au sentiment d'auto-efficacité. Étant donné la présence d'une faible estime de soi et de l'anxiété dans le vécu des personnes vivant un faible sentiment d'auto-efficacité (Bruch, 1990; Couture, 2010), une diminution de l'anxiété et une augmentation de l'estime de soi pourraient contribuer au développement d'un sentiment d'auto-efficacité accru.



*Vécu du groupe expérimental par rapport à la danse-thérapie.* Tout d'abord, 13 participantes du groupe expérimental ont rapporté que la danse-thérapie a contribué d'une manière ou d'une autre à la *diminution de leurs préoccupations et de leur vécu d'anxiété* (30 occurrences). Le thème le plus récurrent au sein de cette rubrique est relié au fait que la danse-thérapie a permis aux participantes *de se changer les idées*, tel que la participante 27 l'a indiqué : « J'ai bien aimé la pause que la danse m'a offerte. J'ai pu faire le vide dans ma tête. »

Par ailleurs, 12 participantes ont indiqué que la danse-thérapie leur a permis de *se détendre ou de se défouler* (49 occurrences). Le thème le plus récurrent au sein de cette rubrique est relié à l'*effet relaxant* de la danse-thérapie, tel que la participante 26 l'a indiqué : « Assister à la danse-thérapie me permet de me détendre. »

De plus, 10 participantes ont ressenti du *bien-être et du plaisir* lors des séances de danse-thérapie (23 occurrences). Le thème le plus récurrent au sein de cette rubrique est relié au *bien-être* ressenti durant les séances de danse-thérapie, tel que la participante 25 l'a indiqué : « C'est la [première] fois que je me sens bien et à ma place ici. »

Ensuite, 10 participantes ont indiqué *avoir apprécié de manière générale certaines séances* de danse-thérapie (36 occurrences). Le thème le plus récurrent au sein de cette rubrique est relié à une *appréciation générale de la séance* et est nommé spontanément par les participantes, comme c'est le cas de la participante 24 : « J'ai beaucoup apprécié la session d'aujourd'hui. »

Sept participantes ont *apprécié l'ambiance* de certaines séances de danse-thérapie, celle-ci correspondant à leurs besoins à ce moment-là (15 occurrences). Étant

donné que les besoins des participantes variaient de manière individuelle et d'une séance à l'autre, aucun thème n'était récurrent au sein de cette rubrique.

Aussi, six participantes ont rapporté se sentir *plus à l'aise de bouger* d'une séance de danse-thérapie à l'autre (10 occurrences). Le thème le plus récurrent au sein de cette rubrique est relié au *développement d'une aise à s'exprimer et à bouger*, tel que la participante 27 l'a indiqué : « J'ai remarqué que j'étais vraiment moins gênée avec moi-même. Je me trouvais moins ridicule de bouger aujourd'hui. »

Pour six participantes, la danse-thérapie a *mis en lumière la connexion avec les autres participantes* aux séances (12 occurrences). Le thème le plus récurrent au sein de cette rubrique est directement relié au fait que la danse-thérapie a permis de *mettre en lumière la connexion avec les autres*, tel que la participante 28 l'a indiqué : « Lorsque quelqu'un d'autre danse en même temps que nous, c'est comme s'il y avait une chimie qui s'installe, on a l'impression d'être comprise. »

Six participantes ont *apprécié utiliser la force* lors des séances de danse-thérapie (neuf occurrences), tel qu'il était possible de le lire dans le journal de bord de la participante 01 : « J'ai beaucoup aimé travailler avec l'énergie et la force. »

La danse-thérapie a permis à cinq participantes de *mettre en lumière certaines de leurs capacités intrapersonnelles* (huit occurrences) à travers des vécus individuels propres à chaque participante.

Quatre participantes ont *apprécié connecter avec les autres* participants durant la danse-thérapie (sept occurrences). Le seul thème relié à cette rubrique est relié au fait que les participantes ont *apprécié avoir des contacts avec les autres participants* durant

la séance, tel que la participante 21 l'a indiqué : « J'ai bien aimé ce cours d'aujourd'hui, car j'ai été très en contact avec la personne qui était jumelée à moi. »

Aussi, quatre participantes ont formulé *vouloir améliorer leur confiance* au cours de la danse-thérapie (sept occurrences). Le thème le plus récurrent au sein de cette rubrique est relié au *désir de pouvoir plus facilement s'exprimer devant les autres*, tel que la participante 01 l'a indiqué : « J'aimerais être moins gênée de m'exprimer émotionnellement devant les autres. »

Même en regroupant des thèmes convergents, certaines rubriques sont abordées par un petit nombre de participantes seulement. Au sein de ces rubriques, chaque thème représentait un vécu individuel. Tout d'abord, deux rubriques abordées chacune par seulement deux participantes sont reliées à un changement d'attitude mentale : *changement dans la réaction au jugement des autres* et *modification positive de l'attitude mentale générale* suite à la danse-thérapie (trois occurrences). La participante 24 a mentionné par exemple : « [La danse-thérapie] m'a plutôt ouvert l'esprit. » Ensuite, trois participantes ( $n = 3$ ) ont formulé des *objectifs reliés à leur attitude mentale* (cinq occurrences). La participante 22 a mentionné : « Je pense que cela va travailler mon lâcher-prise. » Ensuite, deux participantes ont indiqué *avoir pris une position plus active* à travers la danse-thérapie (trois occurrences). La participante 15 a mentionné par exemple : « J'ai participé malgré tout. » Deux participantes ont indiqué faire preuve d'*ouverture* à l'idée de faire de la danse-thérapie (trois occurrences). La participante 27 a mentionné : « Je savais plus à quoi m'attendre, et ça m'a permis de faire la séance dans un état d'esprit plus ouvert. »

Certaines rubriques ne contenaient qu'un seul thème abordé chacun par une seule participante. La participante 24 a indiqué avoir senti que la séance de danse-thérapie lui offrait un *environnement sécuritaire*, écrivant dans son journal de bord de la première séance : « Je sens que personne ne me juge et je me sens en confiance. » La participante 27 a *apprécié lorsque la danse-thérapie lui permettait de se détacher de ses émotions*, indiquant dans son journal de bord suite à deux séances différentes qu'elle appréciait quand les *exercices étaient moins axés sur les émotions*. La participante 16 a indiqué avoir *apprécié la possibilité d'évoluer personnellement*, mentionnant qu'elle a *aimé travailler sur elle* durant une séance de danse-thérapie.

*Vécu du groupe expérimental par rapport à l'hospitalisation.* Tout d'abord, six participantes ont trouvé que l'hospitalisation leur a permis de *mieux s'accepter et d'aller puiser dans leur force intérieure* (huit occurrences). Chaque thème représentait un vécu relativement personnel pour les participantes les ayant abordés.

Deux autres rubriques ne sont mentionnées que par une seule participante du groupe expérimental. La participante 19 a en effet mentionné que l'hospitalisation a aidé à *diminuer ses préoccupations* : « Tous les services ont seulement servi à me changer les idées » [traduction libre]. Elle s'est dite tout de même *reconnaissante de l'aide offerte par le personnel de l'unité d'hospitalisation*, mentionnant : « J'apprécie malgré tout toute l'aide apportée par chacun » [traduction libre].

*Vécu du groupe témoin par rapport à l'hospitalisation.* Pour le groupe témoin, chacune des rubriques concernant l'amélioration du sentiment d'auto-efficacité durant l'hospitalisation n'a été mentionnée que par une participante. Ainsi, la participante 39 a

mentionné que l'hospitalisation a aidé à *diminuer ses préoccupations* : « J'ai moins de mauvaises idées dans ma tête »; la participante 38 a trouvé que l'hospitalisation lui a permis de *mieux s'accepter et d'aller puiser dans sa force intérieure* : « J'ai tout de même retrouvé le goût d'être avec les autres et d'être plus heureuse »; la même participante a également senti une *diminution du stress relié à son milieu familial* : « Grâce aux services, j'ai réussi à être moins stressée chez moi lors de mes congés »; la participante 32 a formulé, quant à elle, l'*objectif de changer d'attitude* suite à l'hospitalisation : « Je veux plus que jamais en prendre soin [de sa santé] pour ne plus revenir en hospitalisation. »

***Rubriques reliées à l'image corporelle.*** Démontrant que l'image corporelle est un concept complexe, les rubriques qui y sont reliées ne se distinguaient pas en fonction des perturbations, touchant effectivement plusieurs sphères de l'image corporelle.

*Vécu du groupe expérimental par rapport à la danse-thérapie.* Ainsi, huit participantes du groupe expérimental ont mentionné des *exercices spécifiques à la danse-thérapie qu'elles ont appréciés* et qui ciblaient notamment un travail sur le plan de l'image corporelle (20 occurrences). Le thème le plus récurrent au sein de cette rubrique est relié à l'*utilisation d'accessoires* durant les exercices proposés par la danse-thérapeute, tel que la participante 22 l'a indiqué : « j'ai bien aimé l'utilisation des accessoires (foulards). »

Même en regroupant des thèmes convergents, certaines rubriques sont abordées par un petit nombre de participantes seulement. Au sein de ces rubriques, chaque thème représentait un vécu individuel. Ainsi, seulement deux participantes ont formulé des

*objectifs sur le plan du mouvement du corps.* La participante 25 a mentionné par exemple : « Mon premier objectif est d’acquérir [...] de la flexibilité dans tous mes mouvements et déplacements. » Ensuite, seulement deux participantes ont décrit avoir développé une *utilisation plus appropriée de leur corps* grâce à la danse-thérapie. La participante 21 a mentionné : « J’étais plus en contrôle de mon corps et de mes mouvements. »

*Vécu du groupe expérimental par rapport à l’hospitalisation.* Même en regroupant des thèmes convergents, les rubriques sont abordées par un petit nombre de participantes du groupe expérimental. Au sein de ces rubriques, chaque thème représentait un vécu individuel. Ainsi, trois participantes ont rapporté avoir appris à mieux *accepter leur corps et à être plus à l’écoute de celui-ci* durant l’hospitalisation (quatre occurrences). La participante 25 a mentionné par exemple : « Maintenant, je sais que mon corps n’est pas un “bolide de course”, mais qu’il faut que j’en prenne soin, que je lui donne des pauses! ». Ensuite, seulement deux participantes ont *pris conscience de manière positive de leurs perturbations de l’image corporelle* grâce à l’hospitalisation. La participante 27 a mentionné : « Je comprends qu’avoir un corps en santé est la première étape à franchir pour pouvoir régler les problèmes qui se cachent sous mon trouble alimentaire. »

Certaines rubriques ne contenaient qu’un seul thème, étant chacun abordé par une seule participante, mais demeuraient distinctes des rubriques mentionnées précédemment. Ainsi, la participante 25 *a reconnu que son état physique était détérioré* quand elle est entrée en hospitalisation, mentionnant : « En arrivant à l’hôpital, je me

trouvais très maigre et donc, pas en forme. » Elle a reconnu par la suite les changements corporels positifs dus à l'hospitalisation. La participante 21 a reconnu la *présence de perturbations corporelles et alimentaires* ayant mené à son hospitalisation : « Je n'ai pas été en bonne relation avec la nourriture. » La participante 01 a indiqué que son *trouble alimentaire était plutôt stable* avant l'hospitalisation, mentionnant : « Étant donné que ça fait déjà un an et demi que la maladie a beaucoup moins de place dans ma tête, ma perception de mon corps ne change pratiquement pas d'un jour à l'autre. »

*Vécu du groupe témoin par rapport à l'hospitalisation.* Tout d'abord, quatre participantes du groupe témoin ont appris à mieux *accepter leur corps et à être plus à l'écoute de celui-ci* durant l'hospitalisation (cinq occurrences). Chaque thème représentait un vécu personnel différent pour les participantes. La participante 36 a indiqué par exemple : « Cette réalisation m'a permis de mieux accepter les changements qui s'opèrent présentement dans mon corps. »

Ensuite, trois participantes ont rapporté avoir *pris conscience de manière positive de leurs perturbations de l'image corporelle* grâce à l'hospitalisation (cinq occurrences). Chaque thème correspondait à un vécu personnel différent. La participante 36 a mentionné par exemple : « Côté d'autres personnes en processus de gain de poids m'a fait réaliser que la prise de poids n'est pas autant apparente que je l'aurais pensé. »

***Rubriques reliées à l'intéroception.*** Les rubriques reliées à l'intéroception étaient surtout en lien avec les émotions et l'écoute du corps, mais elles n'ont pas pu être distinguées clairement selon les trois perturbations mesurées sur le plan quantitatif.

*Vécu du groupe expérimental par rapport à la danse-thérapie.* Tout d'abord, huit participantes du groupe expérimental ont *découvert des émotions à valence positive* lors de la danse-thérapie (14 occurrences). Le thème le plus récurrent au sein de cette rubrique est relié à la *description d'un vécu émotionnel positif* comme : le calme, la paix, le courage, la détente, l'amour, etc.

De plus, sept participantes ont utilisé la danse-thérapie pour *exprimer leurs émotions* (13 occurrences), tel que la participante 22 l'a indiqué : « La danse-thérapie m'a permis de découvrir une nouvelle façon de s'exprimer au travers le geste et le mouvement. »

Également, sept participantes ont *apprécié pouvoir communiquer à travers le mouvement* (sept occurrences). Les deux thèmes présents au sein de cette rubrique sont reliés aux *mouvements associés à un vécu émotionnel* et aux « *phrases en mouvement* », tel que la participante 15 l'a indiqué : « Faire des mouvements à répétition m'aide à me concentrer davantage sur la signification de mes émotions reliées aux mots. »

Ensuite, six participantes ont réussi à *être plus à l'écoute de leur corps et à mieux l'accepter* à travers la danse-thérapie (neuf occurrences). Le thème le plus récurrent au sein de cette rubrique est relié au *relâchement envers soi-même et son corps*, tel que la participante 27 l'a indiqué : « La danse-thérapie me montre que le corps est essentiel, qu'il fait partie de moi et que jamais il ne sera parfait. »

Aussi, six participantes ont *apprécié pouvoir varier les façons d'explorer* à travers la danse-thérapie (neuf occurrences). Le thème le plus récurrent au sein de cette rubrique est relié à la *variation d'une séance à l'autre*, tel que la participante 24 l'a



indiqué : « J'ai très hâte de revenir mardi prochain et d'essayer de nouvelles choses toutes aussi intéressantes les unes que les autres. »

Chez cinq participantes, la danse-thérapie a amené une *modification positive du vécu émotionnel* (17 occurrences). Le thème le plus récurrent au sein de cette rubrique est directement relié à une *amélioration du vécu émotionnel*, comme la participante 24 qui est arrivée à la séance « fatiguée et tannée » et qui en est ressortie « plus légère et libre ».

En regroupant des thèmes convergents, des rubriques abordées par un petit nombre de participantes ont également émergé. Ainsi, trois des participantes ont rapporté que la danse-thérapie leur a permis de *reprendre contact avec leur corps* (six occurrences). Le thème le plus récurrent au sein de cette rubrique est directement relié à la *reprise de contact avec son corps*, tel que la participante 22 l'a indiqué : « Selon moi, la danse-thérapie a joué un rôle important dans la reprise de contact avec mon propre corps. » De plus, trois participantes ont *apprécié explorer leurs limites corporelles pour qu'elles soient respectées* dans le cadre de la danse-thérapie (quatre occurrences). Le thème le plus récurrent au sein de cette rubrique est directement relié à l'*exploration des limites corporelles* à travers les exercices proposés, tel que la participante 16 l'a indiqué : « J'ai apprécié le fait que je puisse voir mes limites corporelles. » Pour terminer, seulement deux participantes ont exprimé posséder certaines *caractéristiques pouvant les rendre particulièrement disponibles à la danse-thérapie* (quatre occurrences). Chaque thème représentait un vécu individuel pour chaque participante.

La participante 01 a mentionné par exemple : « Parfois, il est difficile de trouver les bons mots et il est plus facile de faire un mouvement. »

*Vécu du groupe expérimental par rapport à l'hospitalisation.* Même en regroupant des thèmes convergents, les rubriques sont abordées par un petit nombre de participantes du groupe expérimental. Au sein de ces rubriques, chaque thème représentait un vécu individuel et n'a été mentionné que par une seule participante. Ainsi, La participante 25 a reconnu que la prise de poids imposée par l'hospitalisation a permis une *augmentation de son énergie*, mentionnant : « J'ai beaucoup plus d'énergie qu'avant mon hospitalisation. » De plus, la participante 31 considérait que l'hospitalisation lui a permis d'*instaurer un rapport plus sain à son alimentation* en révisant son interprétation de ses sensations internes. Elle a fait mention des différents thèmes reliés à cette rubrique trois fois à travers sa réponse aux questions en post-test, indiquant entre autres : « J'ai compris que je pouvais rester à un poids stable en mangeant trois repas par jour et c'est très encourageant, parce que je n'y croyais pas au début [...] et même si je me sens gonflée, je sais que je ne deviendrai pas obèse après un seul repas. »

*Vécu du groupe témoin par rapport à l'hospitalisation.* Une seule rubrique est traitée par le groupe témoin en lien avec une amélioration de l'intéroception. Ainsi, deux participantes considéraient que l'hospitalisation leur a permis d'*instaurer un rapport plus sain à leur alimentation* (trois occurrences), faisant référence entre autres à l'*ajout d'aliments caloriques dans l'alimentation*, tel que la participante 39 l'a indiqué : « Je

suis maintenant capable de manger des pâtes, du pain, des céréales, du lait, du jus, de la viande pas trop maigre, etc. »

**Détérioration du vécu des participantes.** Malgré les améliorations observées dans le vécu des participantes, certains éléments négatifs sont rapportés par celles-ci. Ces rubriques sont notamment reliées à des éléments déplaisants lors des séances de danse-thérapie n'ayant pas permis de répondre à certains besoins des participantes.

***Rubriques reliées au sentiment d'auto-efficacité.*** Lorsque des besoins ne sont pas répondus, il était plus difficile pour les participantes de développer un sentiment d'auto-efficacité, car elles ne se sentaient pas nécessairement validées dans leurs besoins ou sentaient qu'elles n'arrivaient pas à agir pour y répondre adéquatement.

*Vécu du groupe expérimental par rapport à la danse-thérapie.* Tout d'abord, cinq participantes ont indiqué s'être *ennuyées* durant certaines séances de danse-thérapie (huit occurrences). Le thème le plus récurrent au sein de cette rubrique est directement relié au fait que *certaines séances étaient ennuyantes*, tel que la participante 22 l'a indiqué : « J'ai moins aimé cette séance, car elle était moins dynamique. »

Même en regroupant des thèmes convergents, les rubriques sont abordées par un petit nombre de participantes seulement. Au sein de ces rubriques, chaque thème représentait le vécu d'une participante. Ainsi, plusieurs autres besoins des participantes n'ont pas été répondus durant certaines séances de danse-thérapie groupale — chaque besoin non répondu a été mentionné par deux ou trois participantes : le *besoin de ressentir un bien-être* (quatre occurrences en référence à un *malaise* ou à un *manque de compréhension face à certains exercices* comme lorsque la participante 17 a indiqué :

« Certaines activités étaient juste incompréhensibles et parfois même malaisantes [sic]. »); le *besoin de sentir une ambiance groupale agréable* (une *ambiance désagréable* est décrite dans les journaux de bord, entre autres, par la participante 22 : « j’ai senti une ambiance morne »); le *besoin de faire des mouvements énergiques* (la participante 25 a indiqué par exemple : « j’aurais aimé faire des mouvements plus demandant physiquement car personnellement, ça me permet de faire le vide et de ne penser à rien d’autre qu’à ta [sic] respiration »); le *besoin de communiquer* (des *difficultés sur le plan communicationnel* ont été vécues durant la danse-thérapie tel que mentionné par la participante 17 : « je trouve que le cours aurait pu plus aider si le professeur avait mieux parlé français et ainsi pu mieux nous expliquer à quoi servait les mouvements »).

*Vécu du groupe expérimental par rapport à l’hospitalisation.* Même en regroupant des thèmes convergents, les rubriques sont abordées par un petit nombre de participantes seulement. Au sein de ces rubriques, chaque thème représentait un vécu individuel. Ainsi, la participante qui est reconnaissante pour l’aide reçue lors de l’hospitalisation a tout de même l’*impression très nette de s’être débrouillée toute seule* pour évoluer durant l’hospitalisation. La participante 19 considérait avoir elle-même *puiser en elle pour mieux se comprendre et affronter ses peurs*. Ensuite, une seule participante *n’a pas apprécié le contrôle exercé sur elle* par le personnel de l’hôpital et par sa famille durant l’hospitalisation. La participante 21 s’est en effet dite préoccupée par cela.

*Vécu du groupe témoin par rapport à l'hospitalisation.* Aucune rubrique reliée à une détérioration du sentiment d'auto-efficacité n'a été abordée par les participantes du groupe témoin ayant remis leur réponse écrite à la question posée en post-test.

***Rubriques reliées à l'image corporelle.*** Lorsqu'elles sont questionnées directement à ce sujet, les participantes considéraient que les services reçus n'ont pas amélioré leur image corporelle.

*Vécu du groupe expérimental par rapport à la danse-thérapie.* Malgré les divers résultats positifs rapportés spontanément par les participantes, 12 d'entre elles ont indiqué que *la danse-thérapie n'a pas apporté les impacts attendus par l'équipe de recherche*, notamment sur le plan de l'image corporelle (15 occurrences). Le thème le plus récurrent au sein de cette rubrique est relié à *l'absence d'impact de la danse-thérapie sur la perception que les participantes ont de leur corps*, tel que la participante 24 l'a indiqué : « La danse-thérapie en tant que tel n'a pas réellement eu d'impacts sur la perception de mon corps. »

Une autre rubrique démontrant une détérioration de l'image corporelle n'a été mentionnée que par une seule participante. La participante 22 a indiqué que *ses limites corporelles n'ont pas été respectées* durant une séance de danse-thérapie, faisant référence à des *contacts physiques trop nombreux* à son goût.

*Vécu du groupe expérimental par rapport à l'hospitalisation.* Tout d'abord, sept participantes considéraient que *l'hospitalisation n'a pas eu les impacts attendus*, notamment sur le plan de l'image corporelle (10 occurrences). Le thème le plus récurrent au sein de cette rubrique est relié à *l'absence d'impact de l'hospitalisation sur*

*la perception que les participantes ont de leur corps*, tel que la participante 01 l'a indiqué : « Lors de mon hospitalisation, il n'y a eu aucun impact sur ma perception de mon corps. »

Ensuite, quatre participantes ont observé que leurs *perturbations de l'image corporelle ont augmenté* durant l'hospitalisation (cinq occurrences). Le thème le plus récurrent au sein de cette rubrique est relié à *l'augmentation de la perception négative du corps*, tel que la participante 26 l'a indiqué : « Je trouve que les services ont empiré la perception que j'ai de mon corps. J'ai pris du poids, je me trouve dégoûtante et encore plus grosse. »

Même en regroupant des thèmes convergents, les rubriques sont abordées par un petit nombre de participantes seulement. Ainsi, trois participantes considéraient que les *changements alimentaires et corporels vécus durant l'hospitalisation leur ont été imposés* (six occurrences). Le thème le plus récurrent au sein de cette rubrique est relié à *la prise de poids imposée* en hospitalisation, tel que l'a mentionné la participante 21 : « On se fait "gaver" pour améliorer nos signes vitaux et faire une augmentation de notre poids. » De plus, cette participante a reconnu que des *perturbations corporelles et alimentaires ayant mené à son hospitalisation sont encore présentes*, indiquant *ne pas avoir été en bonne relation avec la nourriture* à cause du gavage.

*Vécu du groupe témoin par rapport à l'hospitalisation.* Tout d'abord, quatre participantes considéraient que *l'hospitalisation n'a pas eu les impacts attendus*, notamment sur le plan de l'image corporelle (cinq occurrences). Le thème le plus

récurrent au sein de cette rubrique est relié au *maintien de la perception négative du corps*, tel que la participante 46 l'a indiqué :

Lorsque je regarde mon ventre, mes cuisses ou mes hanches, je les trouve trop gros. Il y a des jours où je ne me trouve pas belle, je ne m'aime pas, je n'aime pas mon corps. Parfois, je trouve mes cheveux, mon visage, ma peau et ma silhouette laids.

De plus, trois participantes ont observé que leurs *perturbations de l'image corporelle ont augmenté* durant l'hospitalisation (quatre occurrences). Le thème le plus récurrent au sein de cette rubrique est relié à la *préoccupation pour la prise de poids*, tel que la participante 46 l'a indiqué :

J'ai repris du poids et j'ai peur de trop grossir. J'ai peur de ne pas me sentir bien dans mon corps et de me trouver trop grosse. Je ne veux pas reprendre tout le poids que j'ai perdu. Je ne veux pas peser le poids que je pesais avant de perdre du poids.

***Rubriques reliées à l'intéroception.*** Il semble que la participation à une danse-thérapie puisse mener à vivre des expériences émotionnelles négatives et indésirables, pouvant tout de même faire partie du développement de l'intéroception.

*Vécu du groupe expérimental par rapport à la danse-thérapie.* Tout d'abord, six participantes du groupe expérimental ont *découvert des émotions à valence négative* (10 occurrences) : honte, stress, impatience, emprisonnement, solitude, colère, tristesse, frustration, etc.

Même en regroupant des thèmes convergents, certaines rubriques sont abordées par un petit nombre de participantes seulement. Au sein de ces rubriques, chaque thème représentait un vécu individuel. Ainsi, cinq participantes du groupe expérimental se sont senties *indisponibles émotionnellement* à certaines séances de danse-thérapie, tandis que

trois participantes ont éprouvé une *indisponibilité physique* (11 occurrences au total). La participante 15 a mentionné par exemple : « Aujourd’hui, je n’avais pas envie de venir ». De plus, trois participantes se sont présentées avec *certaines limites dans leur disponibilité à ce type d’intervention*, indiquant avoir de la *difficulté à être spontanée dans les mouvements*, vivre un *malaise à bouger* ou mentionnant *être habituée à forcer leur corps à toujours bouger*. Ensuite, la danse-thérapie a amené une *modification négative du vécu émotionnel* chez la participante 22, lors de trois séances différentes, l’amenant par exemple à écrire dans son journal de bord : « Je me sens plus attristée à la fin de cette séance qu’au début de celle-ci. » Pour terminer, une seule participante *aurait voulu explorer davantage ses émotions* lors d’une séance de danse-thérapie. Ainsi, la participante 24 a trouvé une séance plus difficile que les autres parce qu’elle *ne ressentait pas vraiment d’émotion* en particulier.

*Vécu du groupe expérimental par rapport à l’hospitalisation.* La participante 22 a pris conscience de manière négative de ses perturbations de l’image corporelle lors de son hospitalisation, indiquant que « les services reçus tels que les activités thérapeutiques et le soutien psychologique aident un peu à (re)prendre conscience de [sa] mauvaise perception. »

*Vécu du groupe témoin par rapport à l’hospitalisation.* Aucune rubrique reliée à une détérioration de l’intéroception n’est abordée par les participantes du groupe témoin ayant remis leur réponse écrite à la question posée en post-test.

**Présentations graphiques des fréquences des rubriques thématiques.** Pour imager la fréquence d’apparition des rubriques thématiques au sein des journaux de bord



et des réponses aux questions en post-test, les représentations graphiques suivantes (voir Figures 1, 2 et 3) présentent toutes les rubriques par des grosseurs de police différentes en fonction du nombre de fois où elles ont été rapportées par les participantes. Le soulignage choisi permet de distinguer les rubriques selon la caractéristique psychiatrique à laquelle elles sont reliées : le sentiment d'auto-efficacité est en police soulignée, l'image corporelle est en police non-soulignée et l'intéroception est en police soulignée-double.

**Présentation des cooccurrences récurrentes des rubriques.** Certaines rubriques ont été mentionnées conjointement par plusieurs participantes, peu importe le groupe. Certains sous-ensembles ont semblé en effet émerger naturellement en analysant les cooccurrences des rubriques. Pour faciliter la compréhension du vécu des participantes, les sous-ensembles ont été regroupés en trois catégories : apprendre à être bien dans l'ici et maintenant, découvrir et s'ouvrir à de nouvelles possibilités positives et explorer le vécu émotionnel. Les rubriques étaient généralement en plus forte cooccurrence au sein de ces trois catégories que d'une catégorie à l'autre.

***Apprendre à être bien dans l'ici et maintenant.*** Certaines participantes ont abordé principalement des rubriques reliées au fait d'apprendre à être bien dans l'ici et maintenant. Ainsi, les rubriques suivantes sont souvent retrouvées ensemble dans les journaux de bord ou dans les réponses aux questions en post-test des participantes du groupe expérimental : *diminution des préoccupations et de l'anxiété* grâce à la danse-thérapie, *détente et défoulement* grâce à la danse-thérapie, *aucun impact perçu* à la danse-thérapie, *appréciation générale* de la danse-thérapie, *bien-être et plaisir* grâce à la

# Diminution des préoccupations et de l'anxiété. Détente et défoulement.

Écoute et acceptation de son corps • Utilisation appropriée

du corps • Découverte des émotions •

Bien-être et plaisir • Changement de

réaction au jugement des autres • Expression des

émotions • Modification du vécu

émotionnel • Reprise de contact avec soi et son corps

• Attitude mentale positive • Développement d'une aise à

bouger • Mise en lumière de capacités

intrapersonnelles • Mise en lumière de la connexion

avec les autres • Environnement sécuritaire • Prise de position active •

Aucun impact perçu sur l'image  
corporelle

*Figure 1.* Rubriques thématiques, par fréquence d'apparition, mentionnées par le groupe expérimental en lien avec la danse-thérapie groupale.

Appréciation de la communication par le mouvement •  
Appréciation du détachement émotionnel • Appréciation de  
l'utilisation de la force • Appréciation de l'exploration et  
respect des limites corporelles • Ambiance  
appropriée aux besoins présents •  
Appréciation de la connexion avec les autres • Appréciation

de l'évolution personnelle • Appréciation  
générale de la  
séance • Appréciation de l'exploration  
variée • Appréciation des exercices  
spécifiques à la danse-thérapie •  
Absence de plaisir • Absence d'exploration des émotions • Absence  
de bien-être • Absence de mouvements énergiques • Absence de limites  
corporelles • Absence de communication • Ambiance inappropriée aux  
besoins • Vouloir augmenter sa confiance • Vouloir  
changer son attitude mentale • Vouloir des changements corporels •  
Ouverture • Indisponibilité physique • Indisponibilité  
émotionnelle • Disponibilité à la danse-thérapie • Limites de la  
disponibilité à la danse-thérapie

Figure 1. Rubriques thématiques, par fréquence d'apparition, mentionnées par le groupe expérimental en lien avec la danse-thérapie groupale (suite).

Diminution des préoccupations • Augmentation de l'énergie • Acceptation et force intérieure • Instauration d'un rapport plus sain à l'alimentation • Acceptation et écoute du corps • Prise de conscience des perturbations de l'image corporelle • **Aucun impact perçu sur l'image corporelle** • Impression de devoir se débrouiller seule • Augmentation des perturbations de l'image corporelle • Obtention d'une aide externe • Imposition d'un contrôle extérieur • Imposition de changements alimentaires et corporels • Détérioration physique antérieure • Perturbations corporelles et alimentaires antérieures • Stabilité antérieure du trouble alimentaire

Figure 2. Rubriques thématiques, par fréquence d'apparition, mentionnées par le groupe expérimental en lien avec l'hospitalisation.

Diminution des préoccupations • Acceptation et force intérieure • Diminution du stress en milieu familial • Instauration d'un rapport plus sain à l'alimentation • Acceptation et écoute du corps • Prise de conscience des perturbations de l'image corporelle • **Aucun impact perçu sur l'image corporelle** • Augmentation des perturbations de l'image corporelle • Vouloir changer d'attitude • Vouloir prendre du poids

Figure 3. Rubriques thématiques, par fréquence d'apparition, mentionnées par le groupe témoin en lien avec l'hospitalisation.

danse-thérapie, *ambiance de la danse-thérapie appropriée aux besoins présents, attitude mentale positive* grâce à la danse-thérapie, *développement d'une aise à bouger* grâce à la danse-thérapie, *appréciation de l'exploration et respect des limites corporelles* dans les séances de danse-thérapie, *appréciation de la connexion avec les autres* dans les séances de danse-thérapie, *environnement sécuritaire* dans la danse-thérapie, *absence de plaisir*

dans les séances de danse-thérapie, *objectif de changer d'attitude mentale* à travers la danse-thérapie.

Ensuite, d'autres rubriques reliées au fait d'apprendre à être bien dans l'ici et maintenant sont généralement abordées par les mêmes participantes du groupe expérimental : *appréciation du détachement émotionnel* durant la danse-thérapie, *changement de réaction au jugement des autres* grâce à la danse-thérapie, *ambiance de la danse-thérapie inappropriée aux besoins*, *stabilité du trouble alimentaire* avant l'hospitalisation, *diminution des préoccupations* grâce à l'hospitalisation, *diminution du stress familial* grâce à l'hospitalisation, *aucun impact perçu* à l'hospitalisation, *augmentation des perturbations de l'image corporelle* suite à l'hospitalisation, *indisponibilité physique* durant la danse-thérapie, *absence de bien-être* dans les séances de danse-thérapie, *objectif d'améliorer la confiance* à travers la danse-thérapie.

Deux autres sous-ensembles peuvent être observés à travers les cooccurrences des rubriques reliées au fait d'apprendre à être bien dans l'ici et maintenant, l'un regroupant les rubriques suivantes abordées par les participantes du groupe expérimental : *augmentation de l'énergie* suite à l'hospitalisation, *prise de poids* suite à l'hospitalisation, *détérioration physique* avant l'hospitalisation; l'autre regroupant les deux rubriques restantes abordées par les participantes du groupe expérimental : *absence de limites corporelles* durant la danse-thérapie, *absence de communication* durant la danse-thérapie.

***Découvrir et s'ouvrir vers de nouvelles possibilités positives.*** La deuxième catégorie que certaines participantes ont principalement abordée concernait le fait de

découvrir et de s'ouvrir à des possibilités positives. En effet, les rubriques suivantes sont généralement nommées ensemble par les participantes du groupe expérimental : *reprise de contact avec soi et son corps* grâce à la danse-thérapie, *limites à la disponibilité* à la danse-thérapie, *ouverture* à la danse-thérapie, *appréciation des exercices spécifiques* à la danse-thérapie, *écoute et acceptation de son corps* grâce à la danse-thérapie, *mise en lumière de la connexion avec les autres* grâce à la danse-thérapie, *mise en lumière de capacités intrapersonnelles* grâce à la danse-thérapie, *prise de position active* durant la danse-thérapie, *appréciation de la communication par le mouvement* durant la danse-thérapie, *appréciation de l'utilisation de la force* durant la danse-thérapie, *évolution personnelle* grâce à la danse-thérapie, *appréciation de l'exploration variée* durant les séances de danse-thérapie, *objectif de changements dans les mouvements* à travers la danse-thérapie, *disponibilité à la danse-thérapie*, *acceptation et force intérieure* grâce à l'hospitalisation. La rubrique de *l'appréciation des exercices spécifiques* à la danse-thérapie était celle qui ressortait le plus souvent en concomitance avec la plupart des autres rubriques nommées dans ce paragraphe.

Ensuite, les rubriques suivantes reliées au fait de découvrir et de s'ouvrir à de nouvelles possibilités positives sont généralement abordées par les mêmes participantes, soit au sein du groupe expérimental ou du groupe témoin : *instauration d'un rapport plus sain à la nourriture* grâce à l'hospitalisation, *acceptation et écoute du corps* grâce à l'hospitalisation, *prise de conscience des perturbations de l'image corporelle* grâce à l'hospitalisation, *objectif de changer d'attitude* suite à l'hospitalisation.

D'autres rubriques reliées à la catégorie « découvrir et s'ouvrir à de nouvelles possibilités positives » sont aussi nommées de manière conjointe par les participantes du groupe expérimental : *imposition d'un contrôle extérieur* durant l'hospitalisation, *perturbations corporelles et alimentaires antérieures* à l'hospitalisation, *utilisation appropriée du corps* grâce à la danse-thérapie, *imposition de changements alimentaires et corporels* durant l'hospitalisation.

Pour terminer, les deux rubriques suivantes reliées au fait de découvrir et de s'ouvrir à de nouvelles possibilités positives sont abordées ensemble par une seule participante du groupe expérimental : *impression de devoir se débrouiller seule* durant l'hospitalisation, *appréciation de l'obtention d'une aide extérieure* durant l'hospitalisation.

**Explorer le vécu émotionnel.** La dernière catégorie qui se distinguait dans les rubriques thématiques est reliée à l'exploration du vécu émotionnel. Bien que les rubriques qui y sont directement reliées soient peu nombreuses, il est possible de voir que les rubriques suivantes sont généralement abordées en cooccurrence par les participantes du groupe expérimental : *besoin de mouvements énergiques non répondu* par la danse-thérapie, *indisponibilité émotionnelle* à la danse-thérapie, *expression des émotions* grâce à la danse-thérapie, *modification du vécu émotionnel* grâce à la danse-thérapie.

Les deux rubriques restantes reliées à l'exploration du vécu émotionnel sont généralement abordées par les participantes du groupe expérimental en lien avec des rubriques faisant partie des autres catégories mentionnées précédemment : *besoin*

*d'explorer des émotions non répondu par la danse-thérapie, découverte des émotions grâce à la danse-thérapie.*

### **Analyses mixtes reliées aux questions de recherche**

Étant donné le caractère mixte de cette étude, les réponses écrites (journaux de bord et questions au post-test) des participantes sont analysées en fonction de leurs réponses aux mesures quantitatives et aux changements à ces mesures avant et après l'intervention dans le but de répondre à la question de recherche suivante : quels thèmes et rubriques thématiques sont abordés par les participantes présentant les améliorations les plus importantes sur le plan des différentes variables dépendantes quantitatives, au sein de chaque groupe (expérimental et témoin)?

### **Liens entre les variables dépendantes quantitatives et les rubriques thématiques**

**Groupe expérimental.** Les sept participantes du groupe expérimental présentant une amélioration sur plusieurs variables dépendantes (insatisfaction corporelle, distorsion de l'image corporelle, recherche de minceur, déficits intéroceptifs et boulimie) ont abordé certaines rubriques thématiques qui sont moins abordés par les six participantes du groupe expérimental présentant un maintien ou une détérioration sur le plan des variables dépendantes. En effet, elles se sont exprimées davantage sur le plan émotionnel ( $n = 4$ ) et ont décrit davantage de modifications dans leurs émotions durant les séances de danse-thérapie ( $n = 5$ ). De plus, elles ont davantage rapporté avoir développé une aise à bouger ( $n = 3$ ) et avoir mis en lumière leur connexion avec les autres durant la danse-thérapie ( $n = 3$ ). Ces participantes ont également été plus spécifiques sur les éléments de la danse-thérapie qu'elles ont appréciés ( $n = [3-5]$ ),



tandis que les participantes présentant un maintien ou une détérioration aux variables dépendantes ont souvent rapporté une appréciation générale d'une séance de danse-thérapie ( $n = 3$ ), sans donner autant de détails sur ce qu'elles ont apprécié. Ces dernières ont été plus nombreuses à mentionner que la danse-thérapie n'a pas eu d'impact sur la perception qu'elles ont de leur corps ( $n = 4$ ). Elles ont davantage écrit comment l'hospitalisation les a amenées à s'accepter et à développer leur force intérieure ( $n = 3$ ), mais elles ont décrit une augmentation de leurs perturbations de l'image corporelle durant l'hospitalisation ( $n = 3$ ). Les participantes du groupe expérimental présentant une amélioration sur le plan des variables dépendantes n'ont pas autant abordé ces deux dernières rubriques, mais elles ont été plus nombreuses à indiquer qu'elles n'étaient pas toujours disponibles à aller en danse-thérapie ( $n = 4$ ) et que certaines séances n'ont pas répondu à leur besoin d'avoir du plaisir ( $n = 4$ ).

Lorsque toutes les rubriques récurrentes dans le corpus de données qualitatives des participantes du groupe expérimental présentant les améliorations les plus importantes sur le plan des différentes variables dépendantes sont analysées, il est observé que 78 % de ces rubriques représentaient une amélioration dans leur vécu. De plus, 95 % des rubriques récurrentes chez ces participantes sont reliées à leur vécu face à la danse-thérapie. La danse-thérapie semble donc avoir pris une importance considérable dans leur expérience d'hospitalisation. Du côté des participantes du groupe expérimental présentant un maintien de la plupart des perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception ou une détérioration de celles-ci, seulement 33 % des rubriques

récurrentes dans leur corpus de données qualitatives représentaient une détérioration dans leur vécu.

**Groupe témoin.** La participante du groupe témoin présentant une amélioration sur le plan des variables dépendantes (insatisfaction corporelle, distorsion de l'image corporelle, recherche de minceur et déficits intéroceptifs) et qui a remis ses réponses écrites à la question en post-test a uniquement abordé des rubriques dénotant une amélioration sur le plan de sa symptomatologie. Du côté des quatre participantes du groupe témoin présentant un maintien ou une détérioration sur le plan des variables dépendantes et ayant remis leurs réponses écrites à la question en post-test, certaines rubriques abordées sont reliées à une absence d'impact de l'hospitalisation sur la perception qu'elles avaient de leur corps ( $n = 3$ ) ou à une augmentation de leurs perturbations de l'image corporelle ( $n = 2$ ).

## **Discussion**

Les études démontrent que les troubles alimentaires peuvent devenir chroniques (APA, 2013; Chavez & Insel, 2007; Flament et al., 2001; Greenfield, 2006; Richard et al. 2005) et mener à des nombreuses conséquences médicales et sociales (Chavez & Insel; Flament et al.): amaigrissement, aménorrhée et dysfonctionnements physiologiques variés (Brouwer et al., 2009), isolement (APA), anxiété sociale et sentiment d'insécurité (Schutz & Paxton, 2007, cités dans Corning & Heibel, 2016).

Se basant sur le modèle théorique développé par Bruch (1962, 1975, 1990) pour la compréhension de l'anorexie mentale, la présente recherche permet de vérifier l'impact de la participation à une danse-thérapie groupale sur les perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception d'adolescentes hospitalisées pour ce trouble alimentaire. Les résultats suggèrent que les perturbations de l'intéroception ont été davantage influencées par cette intervention que par les autres services habituellement offerts à l'unité d'hospitalisation. Cela n'a pas semblé être le cas pour les perturbations de l'image corporelle qui ne différaient pas significativement après l'hospitalisation.

Cette section présente ainsi des pistes d'explication pour comprendre les résultats présentés à la section précédente. Des liens sont présentés entre les résultats à cette étude et ceux des recherches antérieures portant sur les impacts de la danse-thérapie et d'autres interventions sur les troubles alimentaires. La discussion se conclue sur les forces et les limites de l'étude dans le but de mettre en lumière les implications cliniques et d'orienter les pistes pour les recherches futures.

### **Impacts sur le plan des perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception**

L'objectif principal de cette thèse est de documenter les changements dans les perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception chez des adolescentes hospitalisées pour un trouble alimentaire pour qui une intervention en danse-thérapie groupale a été ajoutée au plan de traitement à l'unité de soins de la Section de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine.

### **Impacts sur le plan des perturbations de l'image corporelle**

Les perturbations de l'image corporelle mesurées dans la présente étude étaient l'insatisfaction corporelle (différence entre la perception du corps et l'idéal corporel à atteindre, mesurée par l'échelle du même nom de l'EDI-3; Garner et al., 1983), la distorsion de l'image corporelle (écart entre les mesures objectives des mensurations corporelles et la perception de la répondante, mesurée par le logiciel Q-DIC; Roy et Forest, 2007) et la recherche de minceur (préoccupation excessive concernant le poids et adoption d'une diète dans le but de devenir ou de demeurer mince, mesurée par l'échelle du même nom de l'EDI-3; Garner et al.).

Une étude montre une diminution significative de l'insatisfaction corporelle et de la recherche de minceur d'adolescentes de la population générale, âgées de 10-11 ans, suite à des interventions utilisant le yoga ( $N = 75$ ; Scime & Cook-Cottone, 2008). D'autres auteurs rapportent une diminution de la recherche de minceur chez des adultes allant chercher des soins en troisième ligne pour un trouble alimentaire ( $N = 113$ ), tant suite à une thérapie motivationnelle qu'à une autre forme de traitement (suivi psychothérapeutique, psychiatrique, médical, nutritionnel, familial ou psychoéducatif;

Geller, Brown, & Srikameswaran, 2011). De plus, d'autres auteurs observent le maintien d'une faible recherche de minceur 8 et 16 ans après une première hospitalisation pour une anorexie mentale ( $N = 68$ ; Nilsson & Hägglöf, 2005). L'étude de Roy et Meilleur (2010) présente de son côté une diminution de la distorsion de l'image corporelle d'adolescentes, âgées de 13 à 18 ans, hospitalisées (durant 69 jours en moyenne) pour une anorexie mentale ( $N = 10$ ).

Contrairement à ce qui était attendu à la lecture des articles mentionnés, les résultats obtenus dans la présente thèse n'ont révélé aucune diminution des perturbations de l'image corporelle qui étaient présentes chez les deux groupes d'adolescentes (expérimental et témoin) au moment de leur admission en hospitalisation pour un trouble alimentaire. Il est possible toutefois qu'un changement significatif sur le plan de ces perturbations n'ait pas pu ressortir des analyses étant donné la petite taille de l'échantillon de la présente thèse. En effet, la taille de l'échantillon utilisé pour une analyse a un impact sur sa puissance statistique. Celle-ci était très faible pour chacune des analyses effectuées sur les perturbations de l'image corporelle, suggérant qu'avec un échantillon de plus grande taille, un changement significatif aurait peut-être été obtenu.

L'insatisfaction corporelle et la recherche de minceur n'ont pas diminué de façon significative chez les participantes à la présente étude, tant pour le groupe expérimental que pour le groupe témoin, conformément aux résultats de McComb et Clopton (2003) ne révélant aucune différence significative à ces mêmes variables suite à une danse-thérapie groupale offerte à des femmes ( $N = 6$ ), âgées de 18 à 22 ans, présentant au moins un symptôme de boulimie. Ceci pourrait s'expliquer tout d'abord par le fait que

l'insatisfaction corporelle s'avère être une caractéristique inhérente des troubles alimentaires (APA, 2013), la rendant potentiellement plus résistante au changement. Il se pourrait également que certains facteurs impliqués dans une hospitalisation, telle la prise de poids, nuisent à la diminution de chaque perturbation de l'image corporelle en-deçà d'un certain niveau. En effet, les patientes, sentant qu'elles grossissent, ne seraient alors pas capables de se voir comme étant plus minces qu'elles ne se voyaient au début de l'hospitalisation. Ceci est confirmé par Benninghoven et al. (2006) qui rapportent une augmentation significative du poids conjointement à un maintien de la distorsion de l'image corporelle chez des femmes hospitalisées pour une anorexie mentale ( $n = 41$ ), malgré que les services offerts incluent un groupe thérapeutique orienté sur la prise de conscience du ressenti corporel.

L'étude de Krueger et Schofield (1986) fait ressortir une image corporelle plus connectée au ressenti interne suite à une danse-thérapie individuelle offerte à des patients adolescents ou adultes suivis pour un trouble alimentaire dans une clinique multidisciplinaire interne ou externe (taille de l'échantillon inconnue). La danse-thérapie pourrait ainsi agir plus directement sur des variables moins stables dans le temps que celles mesurées dans la présente étude, comme l'acceptation du corps mesurée à la suite de chaque séance de danse-thérapie groupale offerte à des patientes atteintes d'un trouble alimentaire ( $N = [7-163]$ ; Laverty & Lehmann, 2013; Padrão & Coimbra, 2011). D'autres études rapportent une augmentation de l'acceptation corporelle suite à une thérapie visant à améliorer l'attitude de pleine conscience de femmes hospitalisées pour un trouble alimentaire ( $n = 59$ ; Butryn et al., 2013) et de femmes ayant un historique de

contrôle alimentaire sans diagnostic ( $n = 53$ ; Bush et al., 2014). D'ailleurs, l'étude de Krueger et Schofield renseigne sur l'importance d'une prise de conscience et d'une acceptation du centre corporel personnel (là où le corps réagit d'abord et d'où l'énergie part) pour établir une meilleure conscience du soi corporel et une meilleure cohésion de l'image corporelle. En ce sens, Laverty et Lehmann rapportent que les aspects physiques et émotionnels du corps sont mieux connectés à la suite de chaque séance de danse-thérapie groupale offerte à leur échantillon de patientes. Rice et al. (1989) observent, suite à une danse-thérapie individuelle, que toutes les parties du corps sont réintégrées dans l'image corporelle d'une jeune femme de 23 ans souffrant d'anorexie mentale.

Les différences entre les résultats des études rapportées et ceux de la présente recherche pourraient s'expliquer par une divergence dans l'opérationnalisation des concepts et dans la consigne utilisée lors de la cueillette de données, tel que le démontrent Huon et Brown (1986). Les participantes de leur étude souffrant d'un trouble alimentaire ( $n = 20$ ) se sentent plus grosses que les femmes du groupe témoin provenant de la population générale ( $n = 20$ ). Toutefois, cognitivement, elles ne pensent pas être plus grosses, alors que, dans la présente étude, les participantes se percevaient plus grosses qu'elles ne l'étaient en réalité. L'instrument de mesure utilisé dans la présente recherche a été choisi, car il se complétait facilement par les participantes et leur permettait de présenter d'une manière subjective, mais systématique, la perception qu'elles ont de leur corps, permettant une comparaison des deux temps de mesure.

Rice et al. (1989) décrivent la nécessité d'une intervention thérapeutique plus longue pour aider les participants à restaurer une image corporelle saine lorsque le corps



a été « abusé » plus sévèrement. Les patientes hospitalisées pour un trouble alimentaire, présentant une forte restriction alimentaire, adoptant souvent un mode de vie hyperactif et infligeant parfois à leur corps des méthodes invasives pour perdre du poids, seraient donc des candidates pouvant nécessiter une prolongation de l'intervention, car la prise de conscience de leurs sensations corporelles nécessiterait plus de temps pour s'établir. Ainsi, Bruch (1975) propose des mesures préventives qui seraient nécessaires pour mettre de l'avant les facteurs de protection, tels que l'éducation parentale (réponses adéquates à l'expression des besoins de l'enfant, soutien au développement de l'autonomie et d'une conscience de soi positive) et les habitudes de vie visant un meilleur équilibre interne du corps.

Il serait également important selon certains auteurs que le traitement permette de diminuer la distorsion de l'image corporelle (Touyz et al., 1985). En effet, cette diminution, mesurée par divers procédés mettant en lumière la divergence entre la perception du corps et le corps réel, prédit une meilleure évolution après l'hospitalisation et prévient la rechute (Cash & Brown, 1987, cités dans Thompson, 1990; Slade & Russell, 1973, cités dans Thompson), tandis que la présence d'une surestimation de la taille corporelle pourrait être un indice d'un mauvais pronostic face au traitement (Garner et al., 1987).

### **Impacts sur le plan des perturbations de l'intéroception**

Les perturbations de l'intéroception mesurées dans la présente thèse étaient les déficits intéroceptifs (difficulté à percevoir les états émotionnels et corporels; Couture, 2010; Pollatos et al., 2008), mesurés par l'échelle du même nom de l'EDI-3, la

restriction alimentaire (réduction drastique de l'apport calorique, rigidité et désorganisation des patrons alimentaires; APA, 2013), représentée par l'indice de masse corporelle au pré-test, et la boulimie (pulsions incontrôlables à consommer de grandes quantités de nourriture ou de calories sans conscience d'avoir faim; APA), mesurée par l'échelle du même nom de l'EDI-3. Tel qu'attendu, les résultats obtenus dans cette étude ont révélé une diminution des déficits intéroceptifs à la suite d'une danse-thérapie groupale offerte à des adolescentes hospitalisées pour un trouble alimentaire. Ces résultats correspondent à ceux observés dans d'autres études présentant une augmentation de la conscience des diverses sensations internes et des émotions à la suite d'une danse-thérapie offerte à des femmes souffrant d'un trouble alimentaire (Franks & Fraenkel, 1991; Krantz, 1999; Laverty & Lehmann, 2013; Padrão & Coimbra, 2011; Rice et al., 1989). Ces résultats correspondent également à ceux observés par certaines cliniciennes (Kleinman, 2009; Krueger & Schofield, 1986) chez des patients adolescents ou adultes suivis pour un trouble alimentaire (taille des échantillons inconnue), présentant une amélioration de la conscience du soi corporel et de la connexion à soi suite à une danse-thérapie groupale ou individuelle.

Bien que la différence ne soit pas significative, le groupe expérimental présentait au pré-test un niveau plus élevé de déficits intéroceptifs que le groupe témoin. Cette différence a disparu complètement suite à l'expérimentation. En effet, les déficits intéroceptifs du groupe témoin se sont maintenus au même niveau après six semaines d'hospitalisation tandis que ceux du groupe expérimental ont diminué de manière significative suite à la participation à une danse-thérapie groupale. La danse-thérapie

semble donc avoir permis aux participantes du groupe expérimental de rejoindre celles du groupe témoin sur le plan des déficits intéroceptifs. Il est pertinent de rappeler que les participantes du groupe expérimental présentaient une durée du trouble alimentaire plus longue que les participantes du groupe témoin et que cela pourrait expliquer la différence des déficits intéroceptifs au pré-test. La petite taille de l'échantillon ne permettait pas un contrôle de variables lors des analyses de comparaison des moyennes.

L'écart-type du niveau de déficits intéroceptifs du groupe témoin a augmenté au post-test, dénotant une plus grande étendue des résultats entre les participantes. Ainsi, certaines participantes du groupe témoin ont démontré une diminution de leurs déficits intéroceptifs, tandis que d'autres ont vécu une augmentation de ceux-ci suite à l'hospitalisation, semblant se couper encore plus de leurs sensations internes. La courte durée de l'hospitalisation pourrait en partie expliquer ces résultats en comparaison à ceux obtenus dans une étude de Matsumoto et al. (2006) qui démontre une augmentation de la conscience intéroceptive, mesurée par la première version de l'EDI, de jeunes femmes hospitalisées (durant 175 jours en moyenne) pour une anorexie mentale ( $N = 8$ ). Ainsi, il se peut qu'une hospitalisation plus longue, avec ou sans danse-thérapie, permette une diminution des déficits intéroceptifs.

La danse-thérapie pourrait toutefois contribuer à l'augmentation de la conscience intéroceptive lors d'une hospitalisation plus courte. Elle pourrait ainsi intervenir dans le sens des théories de la « cognition incarnée » présentées par Herbert et Pollatos (2012) en permettant l'activation des représentations intéroceptives et des méta-représentations des signaux corporels à travers des expériences émotionnelles conjointement à

l'utilisation des fonctions cognitives des participantes. Grâce à une représentation corticale différenciée et raffinée de la condition intéroceptive du corps et des sensations internes, le système limbique peut élaborer plus clairement les émotions et les sentiments subjectifs (Craig, 2002). De plus, par la réactivation des états sensori-moteurs en interaction avec le monde extérieur, l'augmentation de la conscience intéroceptive, qui semble avoir été permise par la danse-thérapie, offre aux participantes une meilleure autorégulation de leurs comportements quotidiens face aux changements somatiques et physiologiques qu'elles vivent (Herbert & Pollatos). Cette prise de conscience de leurs états internes, à la base de la conscience de soi, aide les participantes à moduler leurs comportements d'approche et d'évitement pour maintenir et retrouver l'homéostasie (Herbert & Pollatos) et ainsi assurer la survie et la qualité de vie (Craig). De cette manière, la danse-thérapie pourrait répondre à un but thérapeutique présenté par Winnicott (1977) selon lequel la thérapie vise à redonner au client ce qu'il y apporte, à être son miroir pour l'aider à trouver son propre soi, à être capable d'exister, à se sentir réel. Cette possibilité de vivre une expérience corporelle à partir de l'intérieur peut permettre aux clients de se référer à eux-mêmes plutôt qu'aux messages véhiculés par les médias (Kleinman, 2013a, Juin).

Le changement sur le plan de la restriction alimentaire n'a pas été directement évalué dans la présente étude étant donné que l'indice de masse corporelle a augmenté pour répondre aux exigences de l'équipe de soins plutôt que suivant un choix délibéré de la part des participantes. Une étude a toutefois démontré une diminution de la restriction alimentaire, mesurée par l'échelle *diète* de l'*Eating Attitudes Test-26* suite à une

intervention groupale axée sur l'alimentation en pleine conscience offerte à des femmes souffrant d'un trouble alimentaire ( $N = 33$ ; Hepworth, 2011). La recherche de Franks et Fraenkel (1991) suggère que la danse-thérapie pourrait avoir un impact sur la restriction alimentaire à travers une amélioration de la confiance en soi face à la nourriture suite à une danse-thérapie groupale offerte à des adultes, âgés de 20 à 55 ans, souffrant d'un trouble alimentaire (taille de l'échantillon inconnue). Les auteures attribuent ces résultats à une capacité accrue des participantes à reconnaître leurs signaux de faim et de satiété. Elles rapportent que la distinction entre la faim physique et la faim émotionnelle peut être faite grâce à la « sagesse corporelle » [traduction libre] (p. 318). Bien que, dans la présente étude, les temps de mesure ne permettaient pas de constater la diminution de la restriction alimentaire, les résultats au sujet de l'intéroception suggèrent la possibilité, à l'instar des observations faites dans l'étude de Franks et Fraenkel, que le corps devienne un allié plutôt qu'un ennemi dans l'apport alimentaire des participantes.

Les symptômes boulimiques, de leur côté, n'ont pas diminué de manière significative, tant au sein du groupe expérimental qu'au sein du groupe témoin, en concordance avec les résultats de McComb et Clopton (2003) qui n'ont relevé aucune différence significative des symptômes boulimiques suite à une danse-thérapie groupale offerte à des femmes, âgées de 18 à 22 ans, présentant au moins un symptôme de boulimie ( $N = 6$ ). Dans la présente étude, le groupe témoin présentait un score de boulimie presque nul au pré-test. Il n'est donc pas étonnant qu'aucune diminution n'ait été observée au sein de ce groupe. Une légère diminution de la boulimie est observée chez le groupe expérimental qui présentait un niveau de boulimie plus élevé que le

groupe témoin, tant au pré-test qu'au post-test, sans toutefois atteindre le score clinique et sans que la différence ne soit significative.

Une tendance statistique, malgré la taille de l'échantillon, permet de spéculer quant à la possible diminution des comportements boulimiques. Certains auteurs décrivent d'ailleurs une diminution significative des symptômes boulimiques au sein d'un plus grand échantillon d'adolescentes de la population générale ( $n = 75$ ) suite à une intervention psychologique groupale utilisant le yoga (Scime & Cook-Cottone, 2008). Étant donné que le pronostic s'avère plus négatif chez les personnes présentant des symptômes boulimiques (Selvini, 1970, cité dans Bruch, 1975), il est important que la thérapie offerte permette une diminution de ceux-ci. Pour ce faire, Bruch recommande que l'intervention s'échelonne à plus long terme.

### **Liens entre les variables quantitatives**

**Caractéristiques individuelles reliées aux perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception.** La présentation des troubles alimentaires chez les participantes à cette étude s'est avérée conforme à la proposition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 2013). En effet, les participantes les plus âgées étaient pour certaines celles pour lesquelles les symptômes étaient les plus sévères, présentant une plus grande insatisfaction corporelle. De plus, un tableau plus inquiétant était observé chez les participantes présentant un indice de masse corporelle plus élevé. La présence d'un tel tableau clinique peut être mise en lien avec les résultats obtenus par Dufour (2014) auprès d'une population non-clinique. En effet, la chercheure démontre que, les femmes, âgées de 18 à 40 ans ( $N = 164$ ), ayant un indice de masse corporelle

plus élevé vivent davantage de recherche de minceur, d'insatisfaction corporelle et de symptômes boulimiques que les femmes ayant un indice de masse corporelle plus bas. Ainsi, malgré le caractère clinique du présent échantillon (indice de masse corporelle représentant une insuffisance pondérale chez presque toutes les participantes), les liens entre l'indice de masse corporelle et les perturbations reliées aux troubles alimentaires observés dans l'étude de Dufour sont également observés dans la présente thèse. Les participantes de cette recherche présentant un indice de masse corporelle plus élevé étaient celles qui vivaient avec le trouble alimentaire depuis plus longtemps. Ce profil semble faire ressortir le passage de l'anorexie mentale de type restrictif, présente dans les premiers temps du trouble, vers l'anorexie mentale de type boulimique purgatif (« Binge-eating/purging type ») qui peut se produire lorsque la restriction alimentaire devient difficile à maintenir (Bruch, 1962, 1990; Thompson et al., 1995), dénotant un dysfonctionnement psychologique plus grand (Thompson et al.).

### **Liens entre les perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception.**

Certains auteurs ont démontré la complexité du concept d'image corporelle le rendant difficile à mesurer (Garner et al., 1987; Huon & Brown, 1986). À l'instar des observations cliniques de Bruch (1962) et des résultats de la recherche de Roy et Forest (2007), la présente étude a confirmé le lien entre les différentes perturbations de l'image corporelle, particulièrement entre l'insatisfaction corporelle et la recherche de minceur. Roy et Forest décrivent plutôt une corrélation entre la distorsion de l'image corporelle et l'insatisfaction face à l'image corporelle. Ces divergences dans les résultats pourraient confirmer la nécessité de faire appel à plusieurs outils pour bien mesurer les différentes

facettes de l'image corporelle et mieux comprendre leur incidence réelle chez les individus observés. Fabian et Thompson (1989) semblent d'ailleurs avoir tenté d'expliquer une partie du lien entre les différentes perturbations de l'image corporelle, indiquant que l'insatisfaction face à l'image corporelle pourrait être un précurseur de la distorsion de l'image corporelle.

Au sein des troubles alimentaires, des liens peuvent être observés entre les différentes perturbations de l'intéroception (Bruch, 1962, 1975). Dans la présente étude, le lien entre les symptômes boulimiques et l'indice de masse corporelle a rejoint la suggestion qu'un indice de masse corporelle plus élevé serait conjoint ou précéderait l'apparition de symptômes boulimiques (Lantz, Gillberg, Råstam, Wentz, & Lowe, 2016). Le lien entre les symptômes boulimiques et les déficits intéroceptifs dans la présente étude est venu remettre en question les résultats obtenus par Merwin et al. (2010) révélant l'absence de lien entre les crises de boulimie et la faible conscience intéroceptive. Toutefois, la variance commune plus faible dans la présente thèse a montré qu'une bonne partie de la variance des symptômes boulimiques et des déficits intéroceptifs s'expliquaient par d'autres variables. Ainsi, les crises de boulimie peuvent remplir plusieurs fonctions. Il demeure toutefois possible que l'apparition des symptômes boulimiques débute par une déconnexion entre les comportements alimentaires et les indices internes de faim et de satiété (Merwin et al.), signe d'une faible conscience intéroceptive (Fassino et al., 2004).

De la même manière que la conscience physique de soi serait basée sur la représentation mentale de l'état corporel (Damasio, 1999), des liens sont également



observés dans cette recherche entre les perturbations de l'image corporelle et les perturbations de l'intéroception. Ceci confirme également les observations cliniques de Bruch (1962) et va dans le même sens que les résultats de certaines études (Dufour, 2014; Fassino et al., 2004). En effet, chez les participantes de la présente recherche, les déficits intéroceptifs au pré-test sont corrélés positivement à la recherche de minceur au pré-test, au sein du groupe expérimental. Bien que Dufour étudie un échantillon de la population générale et ne mesure pas directement les déficits intéroceptifs, elle rapporte que les participantes présentant une dysrégulation émotionnelle, c'est-à-dire une difficulté à identifier et à tolérer leurs émotions, à contenir leurs actions face à une tension émotionnelle et à ne pas se laisser submerger par l'impuissance devant les émotions, vivraient davantage de préoccupations alimentaires, notamment la recherche de minceur, l'insatisfaction corporelle et les symptômes boulimiques. La chercheure indique que cette dysrégulation émotionnelle traduit en fait une difficulté de mentalisation et serait déplacée sur le corps, objectivant le soi suite à un échec de symbolisation des émotions. Ce déplacement se solderait par un contrôle du corps et de l'alimentation pour offrir un sentiment de contrôle intérieur (Dufour). Fassino et al., de leur côté, ont démontré que les patients boulimiques vivent plus de recherche de minceur, de symptômes boulimiques et de déficits intéroceptifs et ont plus de traits alexithymiques.

Chez les participantes de la présente étude, l'insatisfaction corporelle est également corrélée positivement à l'indice de masse corporelle, davantage au sein du groupe expérimental. De son côté, Bruch (1962) va plus loin dans son analyse des

caractéristiques psychiatriques des troubles alimentaires stipulant que les perturbations de l'image corporelle et de la perception interne, intéroception, pourraient être des expressions partielles du faible sentiment d'auto-efficacité. Des auteurs se sont d'ailleurs intéressés à ces liens en utilisant des questionnaires mesurant le sentiment d'auto-efficacité face à l'image corporelle et face à l'alimentation normative (Pinto et al., 2006). Ils ont démontré que le sentiment d'auto-efficacité face à une image corporelle saine est corrélé négativement avec l'insatisfaction corporelle. Les auteurs font également le lien entre un fort sentiment d'auto-efficacité face aux deux composantes des troubles alimentaires (image corporelle et alimentation normative) et une moins grande difficulté perçue à maintenir des changements comportementaux vers la voie de la guérison du trouble alimentaire. La présence d'un fort sentiment d'auto-efficacité face aux affects négatifs, à la taille corporelle et au poids prédit de meilleurs résultats après le traitement par une diminution des comportements de vomissements chez les personnes ayant un diagnostic de boulimie (Wilson, Fairburn, Agras, Walsh, & Kraemer, 2002). Des mesures de l'estime de soi et de l'anxiété, pouvant être reliées au sentiment d'auto-efficacité, sont utilisées dans le projet de recherche plus large dans lequel s'inscrit cette thèse.

Aucune des recherches consultées concernant les impacts d'une intervention sur les perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception au sein d'un trouble alimentaire ne présentent de quelle manière les perturbations avant l'intervention sont corrélées aux perturbations après l'intervention. La présente étude ajoute ainsi certains éléments de réflexion pour comprendre de quelle manière l'hospitalisation et la danse-

thérapie groupale offertes aux adolescentes souffrant d'un trouble alimentaire peuvent influencer les différentes perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception.

Tout d'abord, les perturbations de l'image corporelle au pré-test partageaient une variance commune avec les autres perturbations de l'image corporelle au post-test. Les analyses laissaient toutefois présager qu'une partie de la variation de l'insatisfaction corporelle au post-test s'expliquerait par d'autres variables que la recherche de minceur au pré-test, incluant possiblement l'impact de l'intervention en danse-thérapie et des services de l'unité d'hospitalisation. Dans le groupe expérimental, la variance commune entre l'insatisfaction corporelle au pré-test et la recherche de minceur au post-test laissait présager que la danse-thérapie pourrait agir, simultanément à d'autres variables non mesurées. Toutefois, dans la présente étude, l'impact de la danse-thérapie et des services habituels de l'unité d'hospitalisation sur les perturbations de l'image corporelle n'était pas significatif. Les autres variables pouvant avoir affecté ces perturbations, mais n'ayant pas été mesurées, en expliqueraient donc une plus grande variance.

Du côté des perturbations de l'intéroception, seul l'indice de masse corporelle mesuré au pré-test chez les participantes du groupe expérimental est relié à la boulimie au post-test. Ce résultat a pu corroborer les résultats obtenus dans l'étude de Lantz et al. (2016) démontrant le lien entre un indice de masse corporelle plus élevé et le développement ou le maintien de symptômes boulimiques.

Les perturbations de l'image corporelle au pré-test sont davantage reliées aux perturbations de l'intéroception au post-test que l'inverse. En effet, au sein du groupe expérimental, la recherche de minceur et l'insatisfaction corporelle au pré-test

partageaient une certaine variance commune avec les déficits intéroceptifs au post-test. La recherche de minceur pourrait être un processus cognitif rigide nuisant au développement de l'intéroception. L'insatisfaction corporelle pourrait pousser les participantes à se couper de leur corps dont elles sont insatisfaites, nuisant ainsi au développement de l'intéroception. Les analyses sur ces variables laissent une bonne partie de la variance des déficits intéroceptifs au post-test être expliqués par d'autres variables. Les déficits intéroceptifs diminuant de manière significative suite à la danse-thérapie groupale, cette intervention a eu un impact important sur la variance de déficits intéroceptifs. Toujours chez le groupe expérimental, l'insatisfaction corporelle au pré-test est reliée la boulimie au post-test, mais une partie de la variance de la boulimie au post-test serait expliquée par d'autres variables, incluant l'insatisfaction corporelle au pré-test, tel qu'il a été mentionné précédemment.

Allant dans le même sens que l'étude de Matsumoto et al. (2006) démontrant que l'amélioration de la conscience intéroceptive correspond à long terme à une diminution de la symptomatologie des troubles alimentaires, la présente recherche a permis d'observer qu'une participante vivant une diminution des déficits intéroceptifs suite à la danse-thérapie groupale tendait également à vivre une diminution des autres perturbations reliées aux troubles alimentaires. Ceci semble corroborer le fait que le développement d'une meilleure capacité à identifier les émotions et à les tolérer permettrait aux individus de diminuer leurs comportements inadaptés (boulimie, restriction alimentaire ou exercice excessif; Bruch, 1975; Couture, 2010). De plus, une

image corporelle saine étant connectée à la réalité (Rice et al., 1989), une meilleure intéroception pourrait permettre la restauration d'une image corporelle plus saine.

### **Rubriques thématiques explorées sur le plan qualitatif**

Le corpus de données qualitatives est guidé par la consigne du journal de bord et les questions ouvertes posées aux participantes au post-test (Appendices F et G). Étant donné que la consigne du journal de bord, bien que très large, s'ouvrait davantage à un vécu pouvant référer à l'intéroception (par des termes comme « expérience vécue », « impressions », « te connecter à toi-même »), les questions posées en post-test invitaient les participantes à réfléchir à leur image corporelle. Plusieurs liens entre les rubriques thématiques abordées par les participantes de la présente recherche et le vécu d'autres personnes ayant reçu des services pour faire face à un trouble alimentaire sont mis de l'avant à partir des catégories de cooccurrences des thématiques abordées.

**Apprendre à être bien dans l'ici et maintenant.** Tout d'abord, Thompson et al. (1995) ont démontré le lien entre les moqueries reçues au sujet de l'image corporelle et le développement de celle-ci. D'ailleurs, l'aspect social est présent dans les raisons pour vouloir perdre du poids : recevoir des moqueries de la part des pairs, vivre de la pression du côté de la famille, vouloir une apparence plus esthétique, augmenter ses habiletés sportives, ne pas aimer son poids et vouloir être en meilleure santé (Jongenelis et al., 2014). Ces éléments pourraient être touchés par le travail en danse-thérapeutique pour permettre aux deux participantes décrivant comment elles ont *changé leur attitude face au jugement des autres* grâce à la danse-thérapie de réviser leur image corporelle en se détachant du jugement qu'elles percevaient de la part des autres.

Ce changement d'attitude pourrait également contribuer au lien de confiance avec les autres. Ainsi, quelques participantes à la présente étude ont formulé l'objectif d'améliorer cet aspect. Elles ont par la suite, tout comme certaines autres participantes, *été plus à l'aise de bouger devant les autres* et ont *mis en lumière leur connexion avec les autres*, de manière similaire à une jeune femme souffrant d'un trouble alimentaire indiquant que la danse-thérapie l'aide à se connecter aux autres et à améliorer ses relations avec ceux-ci en étant plus honnête (Children's Hospital Colorado, 2014, Juillet). Probablement également plus en confiance dans la danse-thérapie, les participants d'autres études cliniques ont augmenté leur capacité à prendre leur place auprès des autres (Franks et Fraenkel, 1991) et ont appris à clarifier leurs limites corporelles (Rice et al., 1989). Dans la présente étude, certaines participantes ont *apprécié le fait que la danse-thérapie les amenait à explorer leurs limites corporelles et à les faire respecter*. Dans une modalité d'intervention individuelle et lors d'une période de traitement plus longue (comparativement à quatre à six semaines dans la présente étude), telle qu'évoquée par Rice et al., l'établissement de la relation thérapeute-patiente a pu permettre à la participante de clarifier ses limites corporelles, tandis que les participantes de la présente étude ont seulement amorcé leur exploration de celles-ci.

La majorité des participantes du groupe expérimental de la présente recherche ont pu *se détendre et se défouler* ou *diminuer leurs préoccupations et leur anxiété* grâce à la danse-thérapie comme des femmes présentant des symptômes de trouble alimentaire et participant à une danse-thérapie dans des études de cas cliniques (Children's Hospital Colorado, 2014, Juillet; Rice et al., 1989) et des recherches utilisant des outils

d'évaluation validés (Laverty & Lehmann, 2013; McComb & Coimbra, 2003). L'hospitalisation a permis de *diminuer les préoccupations* d'une seule participante de chaque groupe (expérimental et témoin) sous-tendant le bénéfice spécifique de la danse-thérapie sur ce plan. Ces résultats sont également observés dans le projet de recherche plus large associé à la présente thèse. En effet, les participantes ont également rempli le questionnaire *State Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC) et les participantes du groupe expérimental présentent une diminution significative sur le plan de l'anxiété état et de l'anxiété trait (Picard et al., 2016, Septembre). La danse-thérapie permettrait d'ailleurs à certaines personnes de se détacher de leurs pensées négatives, de se libérer (Children's Hospital Colorado, 2014, Juillet) et d'exprimer leurs émotions négatives par des expériences cathartiques (Krantz, 1999). Les participantes à la présente recherche ont elles-mêmes pu vivre des moments pour évacuer leurs sentiments négatifs, se défouler et se libérer.

Malgré la possibilité d'apprendre à être bien dans l'ici et maintenant à travers la danse-thérapie, le trouble alimentaire peut continuer à être présent comme en témoignent différents films documentaires consultés pour la présente recherche (Bélanger-Martin, 2006; Children's Hospital Colorado, 2014, Juillet; Veaux-Logeat, 2005) révélant qu'une guérison complète est pratiquement impossible, qu'il s'agit plutôt d'apprendre à vivre avec une souffrance et une fragilité permanentes et de trouver comment concilier les deux voix internes qui entrent sans cesse en contradiction pour continuer à vivre malgré tout. À la lumière de ces témoignages, il n'est pas étonnant que la majorité des participantes du groupe expérimental ont semblé s'accorder sur le fait que la danse-

thérapie *n'a pas apporté d'impact sur le plan de l'image corporelle ou de bienfaits généraux* la mettant parfois en lien avec un maintien du trouble alimentaire. Certaines participantes des deux groupes (expérimental et témoin) ont également mis l'hospitalisation en lien avec une *détérioration du trouble alimentaire, notamment des perturbations de l'image corporelle*. Paradoxalement, un des éléments rapportés comme contribuant au rétablissement du trouble alimentaire est de croire en un rétablissement complet (Bélangier-Martin). Même la perspective de reprendre une vie normale et de pouvoir avoir des buts à réaliser tel que voyager et travailler n'est parfois pas suffisante pour supplanter la crainte de perdre la force et l'unicité apportées par le trouble alimentaire (Veaux-Logeat).

**Découvrir et s'ouvrir à de nouvelles possibilités positives.** La participation à une danse-thérapie a permis à des personnes souffrant d'un trouble alimentaire de voir émerger leur individualité et de l'utiliser en tant que force personnelle (Kleinman, 2009; Krueger & Schofield, 1986). Un tel vécu peut être mis en parallèle avec *l'acceptation de soi et le développement d'une force intérieure* rapportés par certaines participantes comme faisant partie de leur vécu lors de l'hospitalisation dans son ensemble. Ces acquis ont pu s'effectuer en partie grâce à l'exercice du miroir où le danse-thérapeute ou un autre participant reproduit les mouvements du client pour recréer l'expérience symbiotique universelle, comme cela a été fait dans l'étude clinique de Krueger et Schofield. Ainsi, les participantes du groupe expérimental ont abordé davantage cette rubrique que les participantes du groupe témoin, rapportant que l'hospitalisation leur a permis de *faire le point, de puiser en elle, d'apprendre à affronter leur souffrance*, etc. Il



est possible qu'elles aient été influencées dans leur réponse par le travail effectué en danse-thérapie, notamment par le fait que la danse-thérapie a *mis en lumière certaines capacités qu'elles possèdent sur le plan intrapersonnel* : imagination, concentration, conscience de soi, confiance en soi et espoir. La danse-thérapie misant sur les forces des participants a pu permettre cette réappropriation de leur valeur personnelle, tel qu'observé dans l'étude de cas clinique de Krantz (1999).

Reconnaître leurs propres capacités a pu aider les participantes de la présente étude à *prendre une position plus active* durant certaines séances de danse-thérapie, comme des adultes, âgés de 20 à 55 ans et souffrant d'un trouble alimentaire, ayant amélioré leur engagement personnel suite à une danse-thérapie groupale (Franks & Fraenkel, 1991). Le cadre de la danse-thérapie amène en effet les participants à se mettre en action et à s'engager dans leur traitement. Une autre façon de prendre une position active est d'utiliser la force et plusieurs participantes du groupe expérimental de la présente étude ont *apprécié utiliser la force* dans les exercices de danse-thérapie, d'une manière similaire à une jeune femme ayant suivi une danse-thérapie individuelle pour traiter son trouble alimentaire qui a découvert son énergie agressive et protectrice (Children's Hospital Colorado, 2014, Juillet).

La présente recherche a permis de mettre en évidence le lien entre la *prise de conscience des perturbations de l'image corporelle* et l'*instauration d'un rapport plus sain face à la nourriture*, toutes deux nommées conjointement de façon récurrente. La *prise de conscience des perturbations de l'image corporelle* vécue par certaines participantes du groupe expérimental de la présente étude, similaire à la reconnaissance

de la distorsion de l'image corporelle rapportée par Rice et al. (1989), pourrait se faire en amont d'une prise de conscience sur les fonctions du trouble alimentaire telle que rapportée par Kleinman (2013a, Juin). Cette prise de conscience étant également observée au sein du groupe témoin ne serait pas exclusive au travail effectué en danse-thérapie, mais pourrait être un impact du simple fait d'être hospitalisé et d'être par le fait même invité à réfléchir à ses difficultés.

Conjointement à cette prise de conscience, certaines participantes à la présente étude ont pu *instaurer un rapport plus sain face à leur alimentation*, comme des femmes souffrant d'un trouble alimentaire et faisant l'objet d'études de cas clinique sur la danse-thérapie qui ont appris à se sentir moins coupables après avoir mangé (Kleinman, 2013a, Juin) et à vivre de la satisfaction dans différentes sphères de leur vie, incluant l'alimentation (Krantz, 1999). Les participantes de la présente étude ont toutefois relié ce bénéfice à l'ensemble des services reçus en hospitalisation et faisaient partie tant du groupe expérimental que du groupe témoin, empêchant de statuer sur l'impact de la danse-thérapie sur un tel résultat. Peu importe d'où provient ce nouveau rapport à la nourriture, se sevrer des mauvaises habitudes alimentaires contribue à reconstruire une vie plus saine et à recommencer à socialiser avec l'entourage (Bélangier-Martin, 2006). Une intervention thérapeutique auprès des personnes souffrant d'un trouble alimentaire serait bénéfique si elle les aide à tolérer leur insatisfaction corporelle pour ne pas la prendre comme guide de leurs comportements et les amène ainsi à reconnaître l'intérêt d'adopter des comportements alimentaires sains (Couture, 2010).

Ces changements de comportements peuvent permettre aux participantes d'atteindre leurs objectifs, notamment ceux de *ne plus retourner en hospitalisation* et de *prendre soin de leur santé* formulés par une participante du groupe témoin de la présente étude, à l'instar d'une adolescente interviewée dans le documentaire *La peau et les os, après...* (Bélanger-Martin, 2006) qui ne souhaite pas revenir à l'hôpital, en s'assurant de maintenir son poids stable par peur de l'hospitalisation, car cela voudrait dire une nécessité de reprendre du poids.

La majorité des participantes de la présente étude ont rapporté une augmentation de *l'écoute et de l'acceptation de leur corps*, de *l'utilisation appropriée de leur corps*, une *reprise de contact avec leur corps* ou le *développement d'une aise à bouger* grâce à la danse-thérapie, à l'instar de femmes souffrant d'un trouble alimentaire qui ont pu vivre des expériences corporelles plus agréables et confortables (Padrão & Coimbra, 2011; Rice et al., 1989), ont développé une meilleure reconnaissance et une interprétation plus juste de leurs signaux corporels, ont repris le contrôle sur leur corps (Krantz, 1999) et ont augmenté leur respect de soi (Kleinman, 2013, Juin) en suivant leur désir de bouger différemment (Franks & Fraenkel, 1991) guidées par les signaux provenant de leur corps (Children's Hospital Colorado, 2014, Juillet). Les participantes de la présente étude, tant celles du groupe expérimental que celles du groupe témoin, ont appris à *accepter leur corps et à être plus à l'écoute de celui-ci* grâce à l'hospitalisation et une participante du groupe expérimental a formulé vouloir prendre du poids, conformément à ce qui est rapporté dans l'étude de Padrão & Coimbra (2011) qui décrivent que leurs patientes, âgées de 15 à 56 ans et hospitalisées pour une anorexie

mentale, veulent reprendre du poids pour pouvoir se sentir plus à l'aise de faire certains mouvements en séance. La danse-thérapie semble ainsi tout indiquée pour améliorer rapidement le vécu corporel des personnes souffrant d'un trouble alimentaire.

**Explorer le vécu émotionnel.** Même en se considérant en rémission suite à certains traitements visant la guérison d'un trouble alimentaire, il peut demeurer difficile de mettre des mots sur les émotions négatives reliées au trouble alimentaire (Bélanger-Martin, 2006). La danse-thérapie peut permettre à la personne de se reconnecter à son corps et à ses émotions à travers le mouvement, de découvrir une façon de s'exprimer sans avoir besoin d'utiliser les mots et d'identifier les émotions dans son corps (Children's Hospital Colorado, 2014, Juillet) comme l'a fait la majorité des participantes de la présente recherche. En effet, celles-ci ont bénéficié de la danse-thérapie groupale pour *découvrir leurs émotions tant positives que négatives, pour exprimer leurs émotions par le mouvement et ont apprécié communiquer par le mouvement*. Ainsi, bien que seulement deux participantes aient indiqué une certaine *prédisposition dans leur disponibilité à la danse-thérapie*, elles ont toutes semblé en bénéficier. D'ailleurs, presque toutes les participantes du groupe expérimental de la présente recherche ont *découvert des émotions positives, exprimé leurs émotions ou modifié de manière positive leurs émotions* durant les séances de danse-thérapie, à l'instar de ce qui est rapporté à travers d'autres expériences cliniques (Children's Hospital Colorado; Krantz, 1999).

Lorsque le nombre de thèmes abordés est comparé d'une séance à l'autre pour chaque participante, la moitié des participantes ayant remis leurs journaux de bord pour la recherche ont abordé davantage de thèmes dans leur journal de bord des dernières

séances que dans celui de la première séance, laissant voir une certaine augmentation de leur capacité à mettre en mots leur expérience. La pratique répétée de la rédaction d'un journal pourrait ainsi contribuer à diminuer la censure et à augmenter l'élaboration de la réflexion, tel qu'observé par Franks et Fraenkel (1991).

### **Liens entre les variables dépendantes quantitatives et les rubriques thématiques**

**Liens entre la distorsion de l'image corporelle et les préoccupations sur la nourriture, le poids et l'apparence.** Dans l'étude de Roy et Meilleur (2010), les auteurs décrivent un lien entre les fluctuations des préoccupations sur la nourriture, le poids et l'apparence et la distorsion de l'image corporelle. Dans la présente recherche, bien qu'aucun outil d'évaluation quantitative n'ait été utilisé pour mesurer ces préoccupations, il est possible de vérifier quelles rubriques thématiques sont abordées par les participantes présentant une amélioration ou une détérioration sur le plan de la distorsion de l'image corporelle. Ainsi, les participantes qui ont écrit, en réponse aux questions ouvertes posées en post-test, vivre une *augmentation de leurs perturbations de l'image corporelle* et de leurs préoccupations sur la nourriture, le poids ou l'apparence étaient plus nombreuses au sein des participantes présentant une détérioration sur le plan de la distorsion de l'image corporelle qu'au sein des participantes présentant une amélioration sur ce plan.

**Lien entre les déficits intéroceptifs et l'utilisation du mouvement dans la communication.** Dosamantes-Alperson (1974) fait le lien entre la sensibilité aux stimuli internes et externes et l'émergence naturelle des réponses en mouvements mêlées à des images et à des souvenirs. Ceci semble concorder avec le fait que plusieurs participantes

du groupe expérimental présentant une amélioration sur le plan de leurs déficits intéroceptifs ont abordé des thèmes reliés au *développement d'une aise à bouger*. Dosamantes-Alperson décrit que ce lien passe de la sensibilité aux stimuli internes et externes vers l'émergence naturelle des réponses en mouvements. Dans la présente étude, plusieurs participantes du groupe expérimental présentant une amélioration sur le plan de leurs déficits intéroceptifs ont abordé des thèmes reliés à l'*appréciation de la communication par le mouvement*, laissant entendre qu'elles avaient déjà une prédisposition à cette émergence naturelle des réponses en mouvements. Dosamantes-Alperson ajoute néanmoins que la somme des expériences en mouvements durant lesquelles la personne est sensible aux stimuli internes et externes permet par la suite à cette personne de donner un sens à son expérience.

**Lien entre les rubriques concernant l'anxiété et le vécu mesuré quantitativement.** Une faible conscience intéroceptive, observée en contexte de trouble alimentaire, est reliée à l'anxiété (Pollatos et al., 2008); le stress influence l'homéostasie de l'organisme lorsque ce mécanisme est en action pour créer des représentations mentales de l'expérience interne (Craig, 2002), laissant penser que les participantes décrivant davantage une diminution de leur anxiété pourraient également être celles présentant une plus grande amélioration sur le plan des déficits intéroceptifs.

Au sein du groupe expérimental, il s'est toutefois avéré que les participantes de chaque regroupement (amélioration et détérioration sur les variables dépendantes) ont abordé de manière récurrente une proportion similaire de rubriques thématiques reliées à une diminution de l'anxiété et aucune rubrique récurrente n'est reliée à une

augmentation de l'anxiété. Du côté du groupe témoin, la seule participante présentant une amélioration importante sur le plan des variables dépendantes et ayant remis ses réponses aux questions ouvertes posées par écrit au post-test n'a abordé aucun thème relié à l'anxiété. La moitié des participantes du groupe témoin présentant un maintien de la plupart des perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception ou une augmentation de celles-ci et ayant remis leurs réponses aux questions ouvertes posées par écrit au post-test ont fait référence une fois à une diminution de l'anxiété. La diminution de l'anxiété ne semble donc pas expliquer la diminution, le maintien ou l'augmentation des perturbations de l'image corporelle ou de l'intéroception chez les participantes de la présente étude.

**Lien entre les rubriques concernant la dépression et le vécu mesuré quantitativement.** La faible conscience intéroceptive, observée au sein des troubles alimentaires, est également reliée à la dépression (Pollatos et al., 2008), laissant penser que les participantes décrivant davantage des éléments pouvant être reliés à une diminution du vécu dépressif (augmentation de leur sentiment d'auto-efficacité, non spécifique à l'anxiété, et de leur estime de soi) pourraient également être celles présentant une plus grande amélioration sur le plan des déficits intéroceptifs.

Au sein du groupe expérimental, il s'est toutefois avéré que les participantes de chaque regroupement (amélioration et détérioration sur les variables dépendantes) ont abordé de manière récurrente une proportion similaire de rubriques thématiques reliées à une diminution du vécu dépressif (augmentation de leur sentiment d'auto-efficacité, non spécifique à l'anxiété, et de leur estime de soi) et une rubrique récurrente des

participantes présentant une amélioration sur le plan des variables dépendantes est reliée à une augmentation du vécu dépressif (diminution du sentiment d'auto-efficacité). La diminution du vécu dépressif ne semble donc pas expliquer la diminution, le maintien ou l'augmentation des perturbations de l'image corporelle ou de l'intéroception chez les participantes du groupe expérimental de la présente étude.

Du côté du groupe témoin, la seule participante présentant une amélioration importante sur le plan des variables dépendantes et ayant remis ses réponses aux questions ouvertes posées par écrit au post-test a abordé deux thèmes sur des objectifs démontrant l'absence de vécu dépressif. La moitié des participantes du groupe témoin présentant un maintien de la plupart des perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception ou une augmentation de celles-ci et ayant remis leurs réponses aux questions ouvertes posées par écrit au post-test ont fait référence une fois à une diminution du vécu dépressif. Ainsi, malgré le fait qu'une faible habileté à différencier les sensations internes et les sentiments puissent refléter des pensées et des sentiments dysfonctionnels d'anxiété et de dépression (Pollatos et al., 2008), la danse-thérapie groupale et l'hospitalisation en général ne semblent pas avoir eu d'effet conjoint sur les symptômes anxieux et dépressifs et sur les perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception.

### **Contribution de la modalité d'intervention groupale**

Rice et al. (1989) indiquent que le travail de groupe peut être moins approprié dans les premiers temps du traitement des personnes souffrant d'un trouble alimentaire, car elles pourraient avoir tendance à se comparer entre elles dans leur quête de



perfection. Malgré tout, une modalité groupale a été privilégiée dans la mise en place de la danse-thérapie au sein de l'unité d'hospitalisation pour adolescents souffrant d'un trouble alimentaire. Cette décision est corroborée par Vust et Michel (2006) qui encouragent l'intervention groupale en traitement à un trouble alimentaire vécu par des adolescents. De plus, les participants sont en mesure de cibler eux-mêmes des facteurs thérapeutiques les ayant spécifiquement aidés au cours d'une thérapie groupale : apprentissage sur soi par le contact interpersonnel, catharsis, cohésion, compréhension de soi et apprentissage d'habiletés interpersonnelles (Yalom, Tinklenberg, & Gilula, 1968, cités dans Yalom & Leszcz, 2005).

Chez les participantes à la danse-thérapie groupale faisant l'objet de la présente étude, certains éléments peuvent être mis en lien avec des facteurs thérapeutiques groupaux. En effet, plusieurs participantes ont mentionné que la danse-thérapie a *mis en lumière la connexion entre membres du groupe*, l'une mentionnant spécifiquement avoir *pris conscience de sa ressemblance émotionnelle avec les autres*. Elle a ainsi apprécié l'universalité permise par le travail thérapeutique groupale (Yalom, 1985) tel qu'observé par Wanlass, Moreno et Thomson (2005) chez un groupe de femmes ( $N = 10$ ) participant à un groupe de thérapie offert suite à une hospitalisation pour un trouble alimentaire. Il semble que la possibilité de partager un vécu similaire avec les autres membres du groupe permette de diminuer les craintes des personnes souffrant d'un trouble alimentaire (Alvarado, 2013). Vivant des difficultés similaires, les participants peuvent s'aider dans leur rétablissement en encourageant chez les autres le maintien d'une alimentation saine (Greenfield, 2006). De plus, la cohésion, importante au sein

d'un groupe thérapeutique (Yalom), était recherchée par certaines participantes qui souhaitaient bénéficier du contexte groupal en formulant des objectifs d'amélioration de leurs habiletés sociales : *confiance envers les autres* et *capacité à s'exprimer devant les autres*. Plusieurs participantes ont d'ailleurs vécu des améliorations sur ce plan : *aise à s'exprimer et à bouger devant les autres, découverte d'un autre univers, confiance envers les autres* et *sentiment de ne pas être jugée*. Il est toutefois nécessaire que l'intervenant en charge du groupe gère adéquatement la proximité entre les membres d'un groupe pour que les contacts avec les autres correspondent aux besoins de chacun des membres. En danse-thérapie notamment, des contacts physiques ont parfois lieu et le danse-thérapeute doit être certain que les membres soient confortables avec ceux-ci, ce qui n'a pas été le cas lors d'une séance pour une participante de la présente recherche. Quelques participantes ont également trouvé que *l'ambiance groupale de certaines séances ne répondait pas à leurs besoins*. De plus, une participante rapporte avoir vécu un *sentiment d'étrangeté et d'isolement* lors d'une séance de danse-thérapie. Ceci a également été observé par Wanlass et al. chez certaines de leurs participantes.

### **Contribution de la danse-thérapie**

Plusieurs participantes dans cette étude ont mentionné comment la danse-thérapie groupale leur a permis de *se relaxer* et certaines ont indiqué avoir pu *se changer les idées* durant les séances de danse-thérapie. Le travail sur le plan corporel effectué en danse-thérapie peut en effet permettre à la personne de vivre ses mouvements dans le moment présent (Pylvänäinen, 2010), de la même manière que le yoga permet de se concentrer sur le moment présent et d'écouter son corps (Douglass, 2009, 2011). Le

yoga offre également l'opportunité de se relaxer et de se libérer l'esprit des demandes et des critiques habituellement présentes dans les pensées (Douglass, 2009). La danse-thérapie permet également au système nerveux autonome d'atteindre un état de calme (Pylvänäinen).

Les troubles alimentaires sont notamment marqués par la présence de ruminations, détournant l'attention de la personne de ses émotions et de sa conscience interne, et d'un évitement actif des situations désagréables (Cowdrey & Park, 2012). Le développement d'une attitude de pleine conscience peut aider les personnes souffrant d'un trouble alimentaire à diminuer ces ruminations et cet évitement actif qui maintiennent leurs symptômes en les éloignant de leur expérience corporelle (Cowdrey & Park) et à diminuer l'utilisation de compulsions endormant la douleur (Vivo, 2015, Mars). En effet, la pleine conscience peut amener une meilleure compréhension de l'expérience émotionnelle et contribuer au développement d'habiletés pour remettre en question les mauvaises croyances sur la santé (Godsey, 2013). De plus, contrairement aux ruminations reliées à un processus d'intellectualisation et déconnectées du moment présent (Cowdrey & Park), la pleine conscience permettrait d'avoir accès à l'information reliée au soi et au corps d'une manière contribuant à la guérison de l'anorexie mentale (Park, Dunn, & Barnard, 2011, cités dans Cowdrey & Park). Plus précisément, la pleine conscience permet de diminuer les crises ou les orgies alimentaires et l'insatisfaction corporelle et contribue au maintien d'un poids santé (Richardson & Perrone, 2014, Novembre). La danse-thérapie a le potentiel d'aider le développement d'une telle attitude de pleine conscience (Pylvänäinen, 2010) en amenant les clients à être à l'affût

des différentes sensations corporelles présentes dans les mouvements sans porter de jugement (Franks & Fraenkel, 1991). Dans la présente recherche, il s'avère que la danse-thérapie groupale a en effet aidé les participantes à diminuer leurs préoccupations. Elles se retrouvent alors plus disponibles pour porter attention à leurs sensations corporelles, tel que le démontre la diminution de leurs déficits intéroceptifs.

D'ailleurs, le traitement des troubles alimentaires doit rapidement aider la prise de conscience des sentiments, pensées et comportements et permettre l'exploration active et la compréhension des processus internes (Bruch, 1990). Tel qu'il a été mentionné précédemment, une meilleure reconnaissance des émotions et des états physiologiques internes (faim et satiété) pourrait les rendre utilisables en tant que guides face à de possibles rechutes des symptômes (Couture, 2010). Une intervention venant améliorer cette reconnaissance pourrait ainsi diminuer les risques de rechute après la fin de l'hospitalisation. La présente étude suggère le potentiel de la danse-thérapie groupale pour répondre à cet objectif en offrant une possibilité pour les adolescentes souffrant d'un trouble alimentaire de relaxer pour favoriser leur contact avec leurs sensations internes, ce qui s'avère généralement difficile chez cette population (Totenbier, 1994). La capacité de se reconnecter à leur corps et de s'ouvrir à leur vécu inconscient à travers les sensations internes aide les personnes souffrant d'un trouble alimentaire à amorcer leur guérison (Kleinman, 2016, Janvier). Cette guérison peut être maintenue à long terme à travers une connexion authentique à soi-même s'observant dans les actions et les paroles de la personne.

Les personnes souffrant d'un trouble alimentaire perçoivent leur corps comme étant un étranger, voire un ennemi (Bruch, 1975; Kleinman, 2015a, Février). Elles doivent apprendre à vivre, à tolérer et à comprendre leurs sentiments, car elles ont tendance à se déconnecter de leurs émotions pour contrôler leur sentiment de vulnérabilité en adoptant des comportements alimentaires inadaptés (Kleinman, 2015b, Février). Le danse-thérapeute aide ses clients souffrant d'un trouble alimentaire à écouter, identifier et interpréter les associations émotionnelles s'exprimant dans leurs expériences en mouvement (Totenbier, 1994; Vivo, 2015, Mars). D'ailleurs, certaines études cliniques présentent l'augmentation de la sensibilité aux sensations corporelles, notamment celles de faim et de satiété suite à une danse-thérapie groupale offerte à des adultes souffrant d'un trouble alimentaire (Franks & Fraenkel, 1991; Pylvänäinen, 2010). Leur corps devient un allié plutôt qu'un ennemi dans leur apport alimentaire (Franks & Fraenkel; Vivo). Les inconforts corporels provoqués par les stress externes sont des signaux pour que l'individu sache quels besoins doivent être comblés (Richardson & Perrone, 2014, Novembre; Vivo). Le travail corporel permis par la danse-thérapie offre une possibilité aux personnes vivant dans leur tête de se reconnecter à leur corps (Kleinman, 2015a, Février), d'ouvrir une communication non-verbale entre le corps et l'esprit (Kleinman, 2015b, Février) et de reconnaître les indices de faim, de satiété et de fatigue de leur corps (Vivo). La danse-thérapeute offrant l'intervention faisant l'objet de la présente recherche s'est d'ailleurs inspirée du travail de Kleinman auprès de laquelle elle a fait ses premières armes. En effet, à l'instar de Kleinman, elle a aidé ses patients à ressentir leurs sentiments, à les explorer et à les exprimer dans un

environnement sécuritaire, notamment en utilisant des accessoires et en stimulant le travail groupal.

Il est possible de mieux comprendre l'impact de la danse-thérapie sur l'intéroception par le fait que cette intervention permet l'observation et le suivi des phénomènes internes en améliorant la conscience corporelle (Hindi, 2012). Les émotions, les croyances, les actions et la signification que la personne se fait des expériences vécues lui permettent de mieux les comprendre et de mieux se comprendre. Un travail thérapeutique améliorant l'intéroception peut être poursuivi à l'extérieur de la thérapie, car cette fonction s'internalise facilement (Hindi). De plus, lorsque le client a appris à réévaluer l'information sensorielle, il choisit plus efficacement comment explorer des sensations et des sentiments jadis indésirables et peut alors s'engager différemment face à ses réponses corporelles. De cette manière, Hindi indique que l'intéroception pourrait mener à la construction de l'introspection, et nécessairement au travail thérapeutique. La danse-thérapie pourrait ainsi permettre aux individus d'être plus disponibles aux autres formes de traitement. Insistant sur l'importance centrale de l'intéroception dans l'intervention en danse-thérapie, Hindi considère que la conscience de soi et la régulation émotionnelle pourraient augmenter davantage lorsque l'intéroception fait l'objet d'une attention particulière dans le processus thérapeutique. Pour ce faire, le danse-thérapeute doit instiller une curiosité chez ses clients, les aider à identifier, à traquer et à traduire en un langage communicable leurs sensations physiques et les aider à reconnaître les patrons de mouvements pour apprendre à développer une nouvelle conscience de soi (Hindi).

Un des éléments clés dans le traitement des troubles alimentaires est que celui-ci doit être flexible et axé sur la mobilisation active et autonome des personnes (Steiger, 2011, Novembre). Le traitement doit permettre d'ajouter quelque chose de positif aux clients plutôt que de seulement chercher à retirer les éléments négatifs de leur vécu (Starzomska, 2009). Tel qu'il a été décrit dans les assises conceptuelles de la danse-thérapie, cette forme d'intervention met l'accent sur les forces et les ressources personnelles de l'individu rencontré en thérapie (Kleinman, 2013a, Juin; Vaysse, 2006) en valorisant son potentiel et en ciblant la partie saine, disponible et mobilisable de l'individu (Krantz, 1999; Vaysse). D'ailleurs, une participante de la présente étude a mentionné que les services offerts l'ont aidée à puiser en elle. De plus, le thérapeute travaillant avec les personnes souffrant d'un trouble alimentaire doit avoir une attitude d'écoute empathique et valider le vécu de ses clients (Bruch, 1990; Vitousek et al., 1998). Les thérapeutes utilisant le mouvement dans le traitement reflètent verbalement (Leijssen, 2006), ou dans leurs mouvements, postures et expressions faciales, le vécu corporel de leurs clients (Krueger & Schofield, 1986; Leijssen), validant par le fait même leurs expressions corporelles spontanées (Leijssen). De plus, les mouvements effectués en contexte thérapeutique sont un dialogue d'accordage empathique (Leijssen). L'ajustement aux besoins des clients amène la création d'un environnement soutenant (Loman & Foley, 1996) dans un contexte chaleureux et sécurisant qui permet aux clients de dépasser leurs inhibitions, de découvrir de nouvelles choses, de développer des relations par des interactions kinésiques (Vaysse). Dans un tel environnement, les limites de chacun peuvent être mises en place et respectées (Palmer, 2015). La construction de

limites corporelles réalistes est aidée par l'attention portée par le client à ses sensations corporelles (Vivo, 2015, Mars). Cet élément est d'ailleurs rapporté par certaines participantes de la présente étude qui ont apprécié pouvoir explorer et faire respecter leurs limites corporelles durant les séances de danse-thérapie. Le danse-thérapeute, attentif à ses propres émotions et sensations physiologiques, bâtit la relation thérapeutique à partir de ces indices du vécu de ses clients (Kleinman, 2016, Janvier) et s'ajuste à leur niveau d'activation pour proposer des mouvements adaptés à leurs besoins (Palmer). Un travail corporel conjoint peut alors se mettre en place à travers lequel le danse-thérapeute offre au client un nouveau langage, un coffre à outils pour traverser ses difficultés (Palmer), pour emprunter la voie de la guérison (Vivo). Plusieurs participantes de la présente recherche reconnaissent d'ailleurs l'importance de la communication à travers le mouvement lors des séances de danse-thérapie.

Sur le plan de l'image corporelle, le danse-thérapeute agit généralement comme modèle, son vécu influençant celui de ses clients souffrant d'un trouble alimentaire (Palmer, 2015). Il met le client en contact avec son corps et son soi réel, les changements et les explorations ont alors des effets instantanés sur l'estime de soi et sur l'image corporelle (Totenbier, 1994). Tout d'abord, la composante de l'estime de soi n'a pas été spécifiquement analysée dans le cadre de la présente thèse, mais le projet de recherche plus large inclut des analyses quantitatives sur le plan de l'estime de soi. Ensuite, bien qu'aucun changement significatif sur les composantes quantitatives des perturbations de l'image corporelle ne soit observé, des effets sont nettement observables sur le plan qualitatif, laissant présager un effet avec une intervention à moyen terme. En effet, il



semble que le mouvement puisse avoir un impact significatif sur la formation et l'altération de l'image corporelle (Totenbier). D'ailleurs, bouger dans l'espace en gardant en tête le périmètre de son propre corps permet de poser des limites, d'écouter son corps, de restructurer la représentation mentale de la silhouette, de voir le corps différemment, de moins penser aux inconforts physiques de la guérison ou aux imperfections perçues, de se sentir connecter à soi-même (Vivo, 2015, Mars). Chacun de ces impacts sont également observés dans les thèmes abordés dans la présente recherche.

Étant donné la forte résistance au traitement observée chez les personnes souffrant d'un trouble alimentaire (Bruch, 1975, 1990), tout développement positif présent lors de la danse-thérapie doit tout de même être pris avec nuance pour éviter d'éveiller un désir de sabotage chez le client (Palmer, 2015).

### **Forces et limites de l'étude**

Tout d'abord, l'intérêt principal de la présente étude porte sur le choix des variables dans l'application du modèle théorique (Bruch, 1962, 1975, 1990) présenté. En effet, étant donné l'ambiguïté dans les outils de mesure concernant le sentiment d'auto-efficacité (Couture, 2010), la présente recherche a mis davantage l'accent sur l'image corporelle et l'intéroception, chacune mesurée selon plusieurs facettes. Composante centrale de l'anorexie mentale (Fassino et al., 2004), le déficit de la conscience intéroceptive peut être mesuré par l'échelle *déficits intéroceptifs* de l'EDI-3. Celle-ci ayant été ciblée comme étant le meilleur outil pour mesurer les perturbations de l'intéroception (Couture), elle est utilisée dans cette étude. De plus, il s'avère qu'un score élevé à cette échelle de mesure représente un marqueur important de la présence

d'un trouble alimentaire (Clausen et al., 2011). Toutefois, étant donné l'importance d'un meilleur sentiment d'auto-efficacité durant la thérapie pour prédire un meilleur pronostic (Wilson et al., 2002), il serait important que cette portion du modèle soit davantage mise de l'avant. L'avantage de la présente étude sur ce plan provient du fait que les rubriques abordées par les participantes pourraient offrir un éclairage intéressant dans le choix d'un outil approprié ou dans le développement d'un nouvel outil.

Comparativement aux autres études présentées, la présente recherche a utilisé des instruments validés pour mesurer les perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception. Toutefois, bien que de nombreux liens aient été observés entre ces diverses perturbations présentes au sein des troubles alimentaires, la présente étude n'a pas permis de conclure à des liens de causalité. De plus, l'utilisation d'outils de mesure auto-rapportés a pu nuire à la fidélité des résultats. En effet, les individus souffrant d'un trouble alimentaire peuvent avoir tendance à nier la présence du trouble et à rapporter une partie seulement de la réalité lorsqu'ils sont questionnés sur leurs symptômes (Vitousek et al., 1998). L'utilisation des journaux de bord devient alors d'autant plus pertinente qu'elle donne accès au vécu clinique des participantes en diminuant le biais de désirabilité sociale qui peut s'installer lorsque des questions sont posées spécifiquement pour la recherche. Il demeure toutefois possible qu'une désirabilité sociale soit également en jeu face à la danse-thérapeute.

La présente étude a fait appel à un échantillon plus grand de participantes que les recherches habituellement effectuées dans le domaine. Toutefois, l'échantillon est demeuré petit, nuisant à l'atteinte des postulats de normalité des distributions des

différentes variables quantitatives et à la puissance statistique des analyses quantitatives effectuées. Sur un autre plan, étant donné l'importance d'agir tôt dans le traitement de l'anorexie mentale et la survenue de ce trouble dès l'adolescence, cette étude a ciblé une clientèle plus jeune (âgée de 11 à 17 ans) que les autres études portant sur les effets de la danse-thérapie chez des personnes souffrant d'un trouble alimentaire.

Sur le plan de l'implantation du projet de danse-thérapie groupale, celle-ci présente certaines forces. En effet, à l'instar de Yalom et Leszcz (2005) qui insistent sur l'adhésion de l'administration de l'institution pour la mise en place d'un groupe thérapeutique en contexte d'hospitalisation, les personnes impliquées dans le projet se sont assurées que les séances de danse-thérapie groupale débutent après avoir effectué toutes les démarches administratives nécessaires et avoir obtenu l'adhésion de tous les membres de l'équipe multidisciplinaire impliquée. Pour ce faire, une présentation officielle de la danse-thérapie a été faite auprès de toute l'équipe par l'intervenante choisie et a été suivie par l'expérimentation d'une séance de danse-thérapie pour permettre à l'équipe de comprendre ce que vivaient leurs patients. La présence d'un psychologue de l'unité d'hospitalisation durant les séances de danse-thérapie groupale a également permis une meilleure collaboration entre la danse-thérapeute et le reste de l'équipe. Cette collaboration pouvait d'ailleurs se faire directement lors des réunions d'équipe hebdomadaires auxquelles la danse-thérapeute participait avant chaque séance de danse-thérapie groupale. La collaboration entre la danse-thérapeute et l'institution hospitalière a permis le choix d'un lieu et d'un moment adéquats pour les séances de danse-thérapie. Cela répond donc au critère énoncé par Yalom et Leszcz indiquant

l'importance d'avoir accès à un lieu fermé pour assurer la confidentialité du groupe et de respecter le temps des séances pour en assurer la stabilité. L'adhésion de l'équipe au projet de recherche n'a pas été autant facilitée. En effet, bien que plusieurs membres de l'équipe multidisciplinaire, médecins et psychologue, collaboraient à la présente étude, les intervenantes de plancher de l'unité d'hospitalisation voyaient ce projet comme pouvant leur amener un surplus de tâches et étaient donc peu enclines à répondre aux demandes de la chercheuse lors de la collecte de données.

Le nombre de séances offertes peut limiter les résultats obtenus sur le plan des perturbations reliées aux troubles alimentaires. En effet, une modification significative des comportements nécessite l'adhésion au traitement de la part des participants et cela peut prendre des semaines, voire des mois à atteindre (Vitousek et al., 1998). Pour remédier à cela, le thérapeute doit être rapide et efficace pour assurer l'engagement des membres dès leur première séance (Yalom & Leszcz, 2005). Dans le cadre de ce projet, chaque patient participant chacun à plus d'une séance – ils n'étaient pas inclus dans le groupe de danse-thérapie si leur congé définitif était prévu bientôt – la danse-thérapeute disposait de plus d'une séance pour bâtir l'alliance et encourager l'engagement des participants dans leur travail thérapeutique. Toutefois, le nombre de séances suivies par les participantes (de trois à six) pourrait s'être avéré insuffisant pour atteindre ces objectifs. La durée moyenne d'hospitalisation expliquait la présence d'une telle limite dans le présent projet. En effet, au CHU Sainte-Justine, les patients souffrant d'un trouble alimentaire étaient hospitalisés en moyenne six semaines. Il a donc été convenu qu'un maximum de six séances de danse-thérapie groupale serait offert à chaque

participant. De plus, pour un certain nombre de participantes qui devaient avoir leur congé définitif de l'hospitalisation plus rapidement, le post-test a dû être effectué moins de six semaines après le pré-test.

Ceci ajoute d'ailleurs une autre limite à la présente étude. En effet, près de la moitié des participantes ayant complété le pré-test n'ont pas pu compléter le post-test étant donné qu'elles ont obtenu leur congé définitif de l'hospitalisation moins de quatre semaines après le pré-test. Pour éviter une trop grande variation dans le délai entre les deux temps de mesure, il a été décidé de ne pas effectuer de post-test auprès de ces participantes. Cependant, cette décision a exclu de la présente étude des participantes présentant un indice de masse corporelle significativement plus élevé que les participantes ayant complété la recherche. Ce profil pourrait être représentatif d'une partie des patientes hospitalisées pour un trouble alimentaire, mais n'est par ailleurs pas représenté dans cette recherche.

Il semble d'ailleurs que le roulement des patients soit également un enjeu sur le plan clinique lorsqu'un groupe thérapeutique est offert dans une unité d'hospitalisation (Yalom & Leszcz, 2005). Les trois premières participantes du groupe expérimental ont été recrutées au sein d'un groupe de danse-thérapie fermé : aucun nouveau participant n'était intégré au groupe lorsqu'une participante quittait lors de son congé définitif ou pour une autre raison. Étant donné qu'une seule participante faisait encore partie du groupe à la sixième séance, il a été décidé par l'équipe de l'unité de soins que la suite du projet se ferait avec un groupe de danse-thérapie ouvert (suivant un enrôlement consécutif au fur et à mesure des congés définitifs et des admissions d'hospitalisation).

Yalom et Leszcz considèrent que ce format de groupe ajoute des difficultés dans l'intervention groupale en unité d'hospitalisation : faible contrôle dans la sélection des membres du groupe, participation des membres lorsqu'ils sont en état de crise, intégration des nouveaux membres souvent escamotée, peu de place pour la préparation à la fin de l'intervention de chacun des membres. Dans le présent projet, bien que ces enjeux puissent avoir été présents, le format ouvert de la danse-thérapie groupale a néanmoins eu un effet positif. En effet, la présence à chaque séance de danse-thérapie de patients y ayant déjà participé la ou les semaines précédentes a semblé offrir une possibilité de diminuer l'incertitude des nouvelles participantes qui se lançaient dans l'inconnu, car elles pouvaient être guidées par des pairs qu'elles côtoyaient dans l'unité d'hospitalisation.

Le fait que les participants se côtoient à l'extérieur d'un groupe de thérapie peut toutefois constituer une certaine difficulté due à la fluidité des frontières et à la confidentialité des membres (Yalom & Leszcz, 2005). Dans le cas présent, la confidentialité du vécu des membres durant les séances de danse-thérapie groupale demeurerait importante, mais le fait qu'ils se côtoyaient sur l'unité d'hospitalisation leur a permis de poursuivre la socialisation entamée dans l'un ou l'autre des contextes. Ceci est d'autant plus pertinent pour assurer un environnement sécuritaire et soutenant au sein du groupe. Pour ce faire, le thérapeute doit reconnaître les risques pris et les efforts faits par les membres lors des séances groupales en axant sur les aspects positifs de leurs défenses et en évitant les conflits entre les membres (Yalom & Leszcz). La présence de thèmes reliés à l'importance de la connexion entre les participants et celui directement

relié à un environnement sécuritaire laisse entendre que la danse-thérapeute a réussi à assurer cet environnement sécuritaire et à éviter les conflits entre les membres.

L'une des forces cliniques les plus importantes du présent projet repose sur la structure de base de la danse-thérapie en conjonction avec le contexte d'hospitalisation. En effet, ce type d'intervention a été développé d'abord en contexte d'hospitalisation (ADTA, 1977/1979). Ainsi, une séance de danse-thérapie typique renferme le cycle de vie complet d'un groupe de thérapie (Richardson Bunney, 2015, Février), tel qu'il est conseillé pour tous groupes de thérapie en contexte d'hospitalisation (Yalom & Leszcz, 2005). Les autres aspects spécifiques à ce contexte qui pourraient constituer des défis sont probablement déjà pris en compte dans la structure de la danse-thérapie pour en faire des forces. En effet, Yalom et Leszcz recommandent que le travail groupal en contexte d'hospitalisation se concentre sur l'ici et maintenant. Tel qu'il a été détaillé précédemment, la danse-thérapie permet de développer un état de pleine conscience en se concentrant sur le moment présent (Pylvänäinen, 2010).

### **Implications cliniques**

L'implication clinique principale de la présente étude est de documenter les impacts de la danse-thérapie auprès des adolescentes hospitalisées pour un trouble alimentaire au sein de l'unité de soins de la Section de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine. Considérant les impacts positifs recueillis au cours du projet de recherche, l'intervention a été reconduite suite à sa première année d'implantation.

Plus spécifiquement, étant donné que la difficulté à identifier les sentiments prédirait un pronostic défavorable des troubles alimentaires (Speranza et al., 2007), les

résultats de la présente recherche ont suggéré la pertinence de poursuivre l'implantation d'une intervention de danse-thérapie groupale pour les patients hospitalisés pour un trouble alimentaire pour prévenir une augmentation des déficits intéroceptifs.

Les résultats de la présente étude sur le plan des déficits intéroceptifs et sur le portrait de la réponse au traitement ont en effet guidé vers l'utilisation de la danse-thérapie pour diminuer les autres symptômes des troubles alimentaires, voire éventuellement mener à la guérison complète de ceux-ci. De la même manière, d'autres interventions basées sur l'acceptation et la pleine conscience et visant l'apprentissage de nouvelles réactions face aux pensées, sentiments et sensations corporelles difficiles deviennent une piste intéressante (Merwin et al., 2010). Toutefois, l'intervention devrait être offerte sur une plus longue période pour en augmenter les impacts positifs. Cela pourrait notamment être fait en continuant d'offrir la danse-thérapie aux patientes suivies à l'externe suite à leur hospitalisation interne.

### **Pistes pour les recherches futures**

L'analyse des liens corrélationnels entre chacune des variables dépendantes quantitatives ne peut pas expliquer la chronologie d'apparition des perturbations, mais ont guidé la réflexion pouvant mener à d'autres recherches. Une recherche longitudinale pourrait être menée en évaluant à un intervalle de temps régulier la présence des différentes perturbations mesurées dans la présente étude. Une telle étude serait menée chez des enfants n'ayant préalablement pas de diagnostic de trouble alimentaire et, advenant le cas qu'un trouble alimentaire soit éventuellement diagnostiqué, n'ayant pas participé à une danse-thérapie groupale.



Cette étude de plus grande envergure pourrait également vérifier l'hypothèse selon laquelle le maintien des déficits intéroceptifs après la participation à une danse-thérapie groupale pourrait servir à garder le corps à distance chez les personnes présentant les plus fortes perturbations de l'image corporelle au pré-test. Cette hypothèse pourrait être vérifiée à partir d'entrevues semi-dirigées auprès des participantes qui seraient par la suite analysées qualitativement. Les questions des entrevues semi-dirigées pourraient être composées à partir des rubriques thématiques observées dans cette étude.

Ce constat sur le maintien de certaines perturbations reliées aux troubles alimentaires a ouvert également la réflexion sur une autre piste importante pour la recherche. En effet, étant donné la grande résistance au traitement observée chez les personnes souffrant d'un trouble alimentaire (Bruch, 1975, 1990) et le fait que les témoignages laissent entrevoir l'impossibilité d'une guérison complète du trouble (Bélanger-Martin, 2006; Children's Hospital Colorado, 2014, Juillet; Veaux-Logeat, 2005), une recherche pourrait être menée dans le but de cibler les éléments perçus par les personnes souffrant d'un trouble alimentaire comme pouvant contribuer à leur rétablissement en instillant l'espoir chez elles. Une telle recherche utiliserait un protocole analysant de manière qualitative des entrevues semi-dirigées auprès des participantes. Ces entrevues pourraient être accompagnées par la complétion d'un outil mesurant la disponibilité au changement, tel que l'*Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire* développé par Rieger et al. (2000), dans le but de prédire les changements comportementaux et attitudeux. Ces auteurs recommandent également l'utilisation d'un outil pour mesurer l'engagement dans le traitement et d'un autre pour mesurer la

désirabilité sociale. Ils ajoutent par contre un bémol sur les conclusions habituellement faites à partir des résultats sur la désirabilité sociale. En effet, ils rapportent les propos de Nunnally (1978, cité dans Rieger et al.) indiquant qu'une plus grande désirabilité sociale chez les personnes souffrant d'un trouble alimentaire pourrait les rendre plus enclines à adhérer au traitement offert. Il serait donc positif d'observer une forte désirabilité sociale chez ces personnes.

L'absence de diminution significative sur le plan des perturbations de l'image corporelle avance la pertinence d'un travail corporel s'effectuant devant le miroir et jumelé à l'intervention assistée par vidéo dans le but de compléter le travail de cohésion entre le corps et l'esprit, aidant les participants à regarder la réalité extérieure à partir d'un point de référence intérieur cohérent et à voir leur corps comme réel et acceptable en prenant conscience de leur corps en mouvement (Krueger & Schofield, 1986). De telles techniques pourraient être ajoutées à celles déjà utilisées par la danse-thérapeute. Par ailleurs, étant donné que la danse-thérapie ne vise pas directement la diminution de la recherche de minceur, une recherche future pourrait vérifier si cela se produit à moyen terme lorsqu'une meilleure acceptation du corps est atteinte durant l'intervention. Une étude comparative entre la danse-thérapie et le yoga pourrait être effectuée pour déterminer si le yoga diminuerait davantage l'insatisfaction corporelle et la recherche de minceur d'adolescentes souffrant d'anorexie mentale que la danse-thérapie. Il serait également intéressant d'explorer si une amélioration de l'acceptation du corps, suite à une intervention visant un meilleur rapport à celui-ci, pourrait éventuellement permettre une diminution de l'insatisfaction corporelle pouvant se maintenir dans le temps.

Il serait d'ailleurs intéressant de vérifier dans une recherche le maintien à long terme des changements observés sur le plan des déficits intéroceptifs chez les participantes décrivant une plus grande connexion à leur corps par des thèmes reliés à l'intéroception. Un tel suivi auprès des participantes à la présente recherche pourrait permettre de vérifier si elles ont généralisé une partie de ces apprentissages à leur contexte quotidien, notamment en se sentant mieux connectées à elles-mêmes lors des repas pris à la maison et en modulant leurs comportements alimentaires pour mieux répondre aux besoins de leur corps.

Ceci mène à la pertinence de mesurer les impacts de la danse-thérapie sur les attitudes de restriction alimentaire. Une façon de vérifier cela serait de comparer les apports caloriques moyens hors hospitalisation avant et après celle-ci. Il aurait également été possible d'utiliser l'échelle *diète* de l'*Eating Attitudes Test-26* pour évaluer directement les comportements d'évitement d'aliments gras et les préoccupations pour être mince.

Les données qualitatives recueillies permettent l'ouverture vers de nouvelles avenues pour des recherches futures. Les cooccurrences récurrentes des rubriques thématiques ont offert a posteriori une nouvelle vision du vécu thérapeutique des personnes souffrant d'un trouble alimentaire. Ainsi, les sous-ensembles de rubriques thématiques émergeant des analyses (apprendre à être bien dans l'ici et maintenant, découvrir et s'ouvrir à de nouvelles possibilités positives et explorer le vécu émotionnel) peuvent être utilisés dans l'élaboration des recherches futures. Ces sous-ensembles peuvent en effet guider la rédaction de questions ouvertes spécifiquement posées par

écrit ou lors d'entrevues semi-dirigées. Sur le plan clinique, ces sous-ensembles pourraient également être utilisés pour accentuer les effets de l'intervention en danse-thérapie groupale en misant davantage sur ces trois aspects du vécu thérapeutique des participantes. Par exemple, un devis de recherche pourrait viser l'évaluation des impacts de trois interventions en danse-thérapie groupale misant chacune sur un sous-ensemble différent. Les retombées cliniques de chacune des interventions pourraient être comparées dans le but de cibler l'aspect permettant les pronostics les plus favorables.

L'utilisation d'un devis mixte dans cette recherche a offert des pistes pour des recherches futures et a permis de mettre en lumière des résultats inattendus et de reconnaître l'ampleur des impacts de l'intervention offerte (Briand & Larivière, 2000). Tout d'abord, les différentes rubriques thématiques récurrentes dans le corpus de réponses qualitatives (journaux de bord et réponses aux questions ouvertes posées en post-test) des participantes regroupées en fonction de leurs résultats aux variables dépendantes quantitatives peuvent servir à guider tant les interventions futures que les variables ciblées par d'autres recherches. Ainsi, malgré que les questions ouvertes posées en post-test concernaient spécifiquement la perception du corps, les participantes du groupe expérimental présentant les améliorations les plus importantes sur le plan des différentes variables dépendantes n'ont pas abordé de manière très récurrente les thèmes reliés à l'image corporelle. En effet, leur expérience sur le plan du sentiment d'auto-efficacité et de l'intéroception s'est avéré prendre une importance plus grande dans leur vécu face à la danse-thérapie. Du côté des participantes du groupe expérimental présentant un maintien ou une détérioration sur le plan des différentes variables

dépendantes, l'expérience sur le plan de l'intéroception a pris une moins grande importance et l'expérience sur le plan de l'image corporelle s'est avérée davantage négative. Cette constatation permet de suggérer la formulation de questions ouvertes, posées par écrit ou lors d'entrevues semi-dirigées, axant sur le sentiment d'auto-efficacité et sur l'intéroception pour explorer davantage ce vécu chez les adolescentes participant à une danse-thérapie groupale lors de leur hospitalisation pour un trouble alimentaire pour le comparer à celles recevant les autres services habituels. La danse-thérapie groupale pourrait également mettre un focus encore plus important sur ces deux composantes reliées aux troubles alimentaires pour maximiser ses effets sur celles-ci.

Pour terminer, les interventions faites auprès des personnes souffrant d'un trouble alimentaire devraient cibler l'évaluation que la personne fait de son propre corps (Sepúlveda et al., 2002). Ainsi, la présente étude a démontré qu'une diminution de la distorsion de l'image corporelle est observée chez les participantes à la danse-thérapie groupale qui ont davantage abordé des rubriques thématiques reliées à *l'écoute et à l'acceptation du corps*. Ce constat pourrait guider la poursuite de l'intervention pour qu'elle soit davantage axée sur cet élément du vécu des participantes dans le but d'en maximiser les effets. Une recherche pourrait reproduire le devis de la présente recherche dans le but de vérifier si une modification du focus de l'intervention amène une diminution significative de la distorsion de l'image corporelle. D'ailleurs, suivant les recommandations de Sepúlveda et al., l'intervention pourrait également cibler le schéma du soi dans son ensemble et les sentiments de l'individu face à son corps dans diverses situations spécifiques. Toutefois, selon les auteurs, l'intervention devrait être plus longue

pour assurer une modification de l'image corporelle négative, facteur de maintien du trouble alimentaire confirmant qu'il serait souhaitable que la danse-thérapie groupale puisse être offerte en clinique externe suite à la fin de l'hospitalisation pour permettre aux participantes de poursuivre leur participation et leur évolution amorcée durant l'hospitalisation.

## Conclusion

L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire touchant majoritairement les femmes et apparaissant généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (APA, 2013). L'anorexie mentale, souvent chronique, mène à de nombreuses conséquences sur les plans physiologique, psychologique, médical, développemental, social et scolaire ou professionnel (APA; Chavez & Insel; Flament et al., 2001). De plus, le taux de mortalité de l'anorexie mentale s'avère élevé en raison des nombreux suicides et des morts à la suite de complications médicales (APA; Arcelus et al., 2011; Birmingham et al., 2005; Keel et al., 2003). Or, puisqu'une prise en charge hâtive de l'anorexie mentale diminue les risques de mortalité (Arcelus et al.), il s'avère pertinent de s'intéresser aux traitements offerts durant l'adolescence.

Le modèle explicatif développé par Bruch (1962) accorde de l'importance au lien entre les représentations de soi et de l'image corporelle et les sensations physiques internes en faisant appel à une triade de « caractéristiques psychiatriques » présentes dans l'anorexie mentale : les perturbations du sentiment d'auto-efficacité, de l'image corporelle et de l'intéroception. Ainsi, malgré l'importance prépondérante du rapport au corps dans les troubles alimentaires (APA, 2013), peu d'études se sont penchées sur les approches thérapeutiques centrées sur le corps. S'inspirant de la compréhension clinique de l'anorexie mentale développée par Bruch, la présente thèse s'est donc intéressée aux impacts d'une approche thérapeutique axée sur le lien entre le corps et



l'esprit, la danse-thérapie. Cette approche peut contribuer à rétablir le développement sain de l'image corporelle (Burn, 1987) et favoriser le développement de l'intéroception (Hindi, 2012). Plusieurs études publiées entre 1986 et 2016 ont d'ailleurs présenté les impacts positifs de la danse-thérapie sur l'image corporelle et l'intéroception des personnes souffrant d'un trouble alimentaire.

La présente étude a permis de documenter les changements dans les perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception d'adolescentes hospitalisées pour un trouble alimentaire, pour qui une intervention en danse-thérapie groupale a été ajoutée au plan de traitement offert à l'unité de soins de la Section de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine. Cette étude s'inscrivait dans un projet de recherche plus large ciblant également les impacts de l'intervention groupale en danse-thérapie sur l'estime de soi et l'anxiété des participantes. Un devis de recherche quasi-expérimental de type pré-test/post-test avec groupe témoin non-équivalent a été utilisé pour cette étude dans le but de comparer les participantes à la danse-thérapie groupale aux autres patientes hospitalisées à la même unité de soins et recevant les services habituels.

Les résultats des analyses quantitatives ont permis de révéler une diminution significative des déficits intéroceptifs suite à la participation à la danse-thérapie groupale qui n'est pas observée chez les participantes recevant les services habituels, mais ne participant pas à la danse-thérapie groupale. Aucun changement significatif n'a par contre été observé du côté des perturbations de l'image corporelle, ni du côté des symptômes boulimiques, tant pour le groupe expérimental que pour le groupe témoin. Les analyses qualitatives ont permis de faire émerger a posteriori des rubriques

thématiques variées témoignant de certaines améliorations ou de certaines détériorations sur le plan de chaque caractéristique psychiatrique présentée dans le modèle explicatif de l'anorexie mentale développé par Bruch (1962) : perturbations du sentiment d'auto-efficacité, de l'image corporelle et de l'intéroception. Lorsqu'une analyse des cooccurrences est effectuée au sein des rubriques thématiques, des sous-ensembles de rubriques sont regroupés selon trois catégories : apprendre à être bien dans l'ici et maintenant, découvrir et s'ouvrir à de nouvelles possibilités positives et explorer le vécu émotionnel. Les analyses mixtes ont mis de l'avant certaines rubriques thématiques davantage abordées par les participantes présentant une amélioration de leur symptomatologie en comparaison à celles présentant un maintien ou une détérioration de celle-ci après la participation à une danse-thérapie groupale. Ces rubriques concernaient notamment l'exploration et la modification des émotions, la connexion aux autres et l'identification d'éléments spécifiques appréciés durant les séances de danse-thérapie.

Des pistes explicatives en lien avec la modalité d'intervention groupale et la spécificité de l'intervention par la danse et le mouvement en lien avec les caractéristiques des troubles alimentaires ont été proposées. Les forces et les limites de la méthode de recherche utilisée ont été exposées dans le but de cibler les implications cliniques et de guider de futures recherches dans le domaine.

Les perturbations de l'image corporelle et de l'intéroception au sein des troubles alimentaires ont été confirmées à maintes reprises dans les recherches sur cette problématique de santé mentale. Ainsi, l'impact positif sur ces perturbations observé de manière quantitative et qualitative dans la présente thèse a justifié la pertinence clinique

de la danse-thérapie groupale offerte à l'unité de soins de la Section de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine. À travers cette intervention, l'équipe médicale a permis d'améliorer le vécu corporel des adolescentes hospitalisées au sein de leur unité de soins pour un trouble alimentaire.

## Références

- Ackard, D. M., Fulkerson, J. A., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 409-417.
- Alberts, H. J. E. M., Thewissen, R., & Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 58, 847-851. doi:10.1016/j.appet.2012.01.009
- Alvarado, D. (réalisateur). (2013). *Expressing Disorder: Journey to Recovery* [Film documentaire]. États-Unis: American Dance Therapy Association.
- American Dance Therapy Association (1979). *Dance Therapy. Informational Brochure*. Columbia, MD: Auteur. (Version originale publiée en 1977).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). Washington, DC: Auteur.
- Anorexie Boulimie Québec. (2016, Août). *J'ai besoin d'aide : Troubles alimentaires*. Repéré à <http://www.anebquebec.com/html/fr/aides/ta.html>
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. *Archives of General Psychiatry Journal*, 68(7), 724-731.
- Bartenieff, I. (1972). Dance therapy: A new profession or a rediscovery of an ancient role of the dance. *Dance Scope*, 7, 6-18.
- Bélanger-Martin, H. (réalisatrice). (2006). *La peau et les os, après...* [Docu-fiction]. Montréal, QC: Office National du Film du Canada.
- Benninghoven, D., Jürgens, E., Mohr, A., Heberlein, I., Kunzendorf, S., & Jantschek, G. (2006). Different changes of body-images in patients with anorexia or bulimia nervosa during inpatient psychosomatic treatment. *European Eating Disorders Review*, 14, 88-96. doi:10.1002/erv.670

- Berger, M. R. (1989). Bodily experience and expression of emotion. Dans American Dance Therapy Association (Éd.), *A collection of early writings: Toward a body of knowledge* (pp.152-191). Columbia, MD: Éditeur.
- Berteau, G. (2006). La recension des écrits. Dans G. Berteau (Éd.), *La pratique de l'intervention de groupe. Perceptions, stratégies et enjeux* (pp. 33-79). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Bhatnagar, K. A. C., Wisniewski, L., Solomon, M., & Heinberg, L. (2013). Effectiveness and feasibility of a cognitive-behavioral group intervention for body image disturbance in women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 1-13. doi:10.1002/jclp.21909
- Bion, W. R. (1979). *Aux sources de l'expérience*. (New York, NY, 1962). Traduction française par F. Robert, Vendôme, France: Presses Universitaires de France.
- Bion, W. R. (2010). Group dynamics. Dans W. R. Bion (Éd.), *Experiences in groups and other papers* (pp. 141-191). New York, NY: Routledge.
- Birmingham, C. L., Su, J., Hlynsky, J. A., Goldner, E. M., & Gao, M. (2005). The mortality rate from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 143-146.
- Blakeslee, S., & Blakeslee, M. (2007). Where mind and body meet. Conscious physical sensation and conscious emotional awareness come together in the right frontal insula. *Scientific American Mind*, 44-51. doi:10.1038/scientificamericanmind0807-44
- Bloch, S., & Crouch, E. (1985). *Therapeutic factors in group psychotherapy*. New York, NY: Oxford University Press.
- Boudette, R. (2011). Integrating mindfulness into the therapy hour. *Eating Disorders*, 19, 108-115. doi:10.1080/10640266.2011.533610
- Boyce, W. (2004). *Young people in Canada: Their health and well-being*. Ottawa, ON: Health Canada.
- Brabender, V. M. (2002). *Introduction to group therapy*. New York, NY: John Wiley & Sons Ltd.

- Briand, C., & Larivière, N. (2000). Les méthodes de recherche mixtes. Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique. Dans M. Corbière & N. Larivière (Éds), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes* (pp. 625-648). Montréal, QC: Les Presses de l'Université du Québec.
- Brouwer, A.-C., Mirabel-Sarron, C., & Pham-Scottez, A. (2009). Les troubles des conduites alimentaires. Dans I. Varescon (Éd.), *Les Addictions Comportementales* (pp. 133-203). Bruxelles, Belgique: Éditions Mardaga, Psy-Émotion, Intervention, Santé.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Bruch, H. (1975). *Les yeux et le ventre : L'obèse, l'anorexique et moi dedans* (New York, NY, 1973). Traduction française par F. Verne, & M. Manin, Paris, France: Payot.
- Bruch, H. (1990). *Conversations avec des anorexiques* (New York, NY, 1988). Traduction française par M. Manin, Paris, France: Documents Payot.
- Bulik, C. M., Reba, L., Siega-Riz, A.-M., & Reichborn-Kjennerud, T. (2005). Anorexia nervosa: Definition, epidemiology, and cycle of risk. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 52-59.
- Burn, H. (1987). The movement behavior of anorectics: The control issue. *American Journal of Dance Therapy*, 10, 54-76.
- Bush, H. E., Rossy, L., Mintz, L. B., & Schoop, L. (2014). Eat for life: A work site feasibility study of a novel mindfulness-based intuitive eating intervention. *American Journal of Health Promotion*, 28(6), 380-388. doi:10.4278/ajhp.120404-QUAN-186
- Butryn, M. L., Juarascio, A., Shaw, J., Kerrigan, S. G., Clark, V., O'Planick, A., & Forman, E. M. (2013). Mindfulness and its relationship with eating disorders symptomatology in women receiving residential treatment. *Eating Behaviors*, 14, 13-16.
- Butters, J. W., & Cash, T. F. (1987). Cognitive-behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(6), 889-897.

- Capello, P. P. (2009). BASCICS: An intra/interactive model of DMT with the adult psychiatric patient. Dans S. Chaiklin & H. Wengrower, (Éds), *The art and science of dance/movement therapy: Life is dance* (pp. 73-102). New York, NY & London, UK: Routledge.
- Cash, T. F., & Deagle III, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 107-125.
- Caspi, A., Amiaz, R., Davidson, N., Czerniak, E., Gur, E., Kiryati, N., ... Stein, D. (2017). Computerized assessment of body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: comparison with standardized body image assessment tool. *Archives of Women's Mental Health*, 20, 139-147. doi:10.1007/s00737-016-068-4
- Cervera, S., Lahortiga, F., Martínez-González, M. A., Gual, P., de Irala-Estévez, J., & Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *The International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 271-280. doi:10.1002/eat.10147
- Chaiklin, S. (1975) Dance Therapy. *The American Handbook of Psychiatry*, 5, 701-720.
- Chavez, M., & Insel, T. R. (2007). Eating Disorders – National Institute of Mental Health's Perspective. *American Psychologist*, 62, 159-166.
- Children's Hospital Colorado (2014, Juillet). Katie's story: Dance/movement therapy. *Dance/Movement Therapy at Children's Hospital Colorado*. Repéré à <https://www.childrenscolorado.org/doctors-and-departments/departments/psych/programs/creative-arts-therapy/dance-therapy/>
- Chodorow, J. (1995). Body, psyche, and the emotions. *American Journal of Dance Therapy*, 17(2), 97-111.
- Clausen, L., Rosenvinge, J. H., Friberg, O., & Rokkedal, K. (2011). Validating the *Eating Disorder Inventory-3* (EDI-3): A comparison between 561 female eating disorders patients and 878 females from the general population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 101-110. doi:10.1007/s10862-010-9207-4
- Collins, J. K., Beumont, P. J. V., Touyz, S. W., Krass, J., Thompson, P., & Philips, T. (1987). Variability in body shape perception in anorexic, bulimic, obese, and control subjects. *International Journal of Eating Disorders*, 6(5), 633-638.
- Corcos, M., Atger, F., Jeammet, P. (2003). Évolution des approches compréhensives des



- troubles des conduites alimentaires. *Annales Médico-Psychologiques*, 161, 621-629. doi:10.1016/S0003-4487(03)00168-9
- Corning, A. F., & Heibel, H. D. (2016). Re-thinking eating disorder prevention: The case for prioritizing the promotion of healthy identity development. *Eating Disorders*, 24(1), 106-113. doi:10.1080/10640266.2015.1034057
- Couture, S. (2010). Le rôle du sentiment d'efficacité personnelle, de l'insatisfaction corporelle et de l'alexithymie dans l'étiologie et le maintien des troubles des conduites alimentaires. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal. Repéré à [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/4095/Couture\\_Stéphanie\\_2010\\_Thèse.pdf](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/4095/Couture_Stéphanie_2010_Thèse.pdf)
- Cowdrey, F. A., & Park, R. J. (2012). The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. *Eating Behaviors*, 3, 100-105.
- Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: The sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*, 3, 655-666. doi:10.1038/nrn894
- Damasio, A. (1999). The organism and the object. Dans A. Damasio (Éd.), *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness* (pp.133-167). New York, NY: Harcourt Brace.
- Danielsen, M., & Rø, Ø. (2012). Changes in body image during inpatient treatment for eating disorders predict outcome. *Eating Disorders*, 20, 261-275. doi:10.1080/10640266.2012.689205
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J., & Dodge, L. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial of outpatient treatments. *British Journal of Psychiatry*, 178, 216-221.
- DeSole, L. (2011). Special issue: Eating disorders and mindfulness. *Eating Disorders*, 19, 1-5. doi:10.1080/10640266.2011.547136
- Dijkstra, P., & Barelds, D. P. H. (2011). Examining a model of dispositional mindfulness, body comparison, and body satisfaction. *Body Image*, 8, 419-422. doi:10.1016/j.bodyim.2011.05.007
- Dittmann, K. A., & Freedman, M. R. (2009). Body awareness, eating attitudes, and spiritual beliefs of women practicing yoga. *Eating Disorders*, 17, 273-292. doi:10.1080/10640260902991111
- Dosamentes-Alperson, E. (1974). The creation of meaning through body movement.

- Dans A. I. Rabin (Éd.), *Clinical psychology: Issues of the seventies* (pp. 157-164). East Lansing, MI: Michigan State University Press.
- Dosamantes-Beaudry I. (2007). Somatic transference and countertransference in psychoanalytic intersubjective dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 29(2), 73-89.
- Douglass, L. (2009). Yoga as an intervention in the treatment of eating disorders: Does it help? *Eating Disorders*, 17, 126-139. doi:10.1080/10640260802714555
- Douglass, L. (2011). Thinking through the body: The conceptualization of yoga as therapy for individuals with eating disorders. *Eating Disorders*, 19, 83-96. doi:10.1080/10640266.2011.533607
- Dufour, J. (2014). Aspects personnels et interpersonnels associés aux préoccupations alimentaires. Thèse de doctorat inédite, Université de Sherbrooke. Repéré à [http://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/5437/Dufour\\_Julie\\_DPs\\_2014.pdf](http://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/5437/Dufour_Julie_DPs_2014.pdf)
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E., & Le Grange, D. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 727-736.
- Erfer, T., & Duggan, D. (2014, Juillet). *Dance/movement therapy theoretical foundations I and II*. Cours dans le cadre du programme Voie alternative de danse-thérapie du Centre national de danse-thérapie, Montréal, QC.
- Erfer, T., & Ziv, A. (2006). Moving towards cohesion: Group dance/movement therapy with children in psychiatry. *The Arts in Psychiatry*, 33, 238-246.
- Eshkevari, E., Rieger, E., Longo, M. R., Haggard, P., & Treasure, J. (2014). Persistent body image disturbance following recovery from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 47(4), 400-409. doi:10.1002/eat.22219
- Espelage, D. L., Mazzeo, S. E., Aggen, S. H., & Quittner, A. L. (2003). Examining the construct validity of the Eating Disorder Inventory. *Psychologica Assessment*, 15(1), 71-80. doi:10.1037/1040-3590.15.1.71
- Fabian, L. J., & Thompson, J. K. (1989). Body image and eating disturbance in young females. *International Journal of Eating Disorders*, 8(1), 63-74.

- Fassino, S., Pierò, A., Gramaglia, C., & Abbate-Daga, G. (2004). Clinical, psychopathological and personality correlates of interoceptive awareness in anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity. *Psychopathology*, 37, 168-174.
- Finfgeld, D. L. (2002). Anorexia nervosa: Analysis of long-term outcomes and clinical implications. *Archives of Psychiatric Nursing*, XVI(4), 176-186. doi:10.1053/apnu.2002.3490
- Flament, M. F., Godart, N. T., Fermanian, J., & Jeammet, P. (2001). Predictive factors of social disability in patients with eating disorders. *Journal of Eating and Weight Disorders*, 6, 99-107.
- Fortin, S. (2011). *Convoquer des personnes souffrant de troubles de comportement alimentaire à l'expérience du corps senti, avec la méthode Feldenkrais d'éducation somatique*. Montréal, QC: Anorexie et boulimie Québec et Université du Québec à Montréal.
- Franks, B., & Fraenkel, D. (1991). Fairy tales and dance/movement therapy: Catalysts of change for eating-disordered individuals. *The Arts in Psychotherapy*, 18(4), 311-319.
- Fredrickson, S., & Roberts, R. (1997). Objectification theory. Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173-206.
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3. Professional Manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources Inc.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., & Bonato, D. P. (1987). Body image measurement in eating disorders. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 17, 119-133. doi:10.1159/000414010
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Stancer, H. C., & Moldofsky, H. (1976). Body image disturbances in anorexia nervosa and obesity. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 327-336.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34.
- Geller, J., Brown, K. E., & Srikaneswaran, S. (2011). The efficacy of a brief motivational intervention for individuals with eating disorders: A randomized control trial. *International Journal of Eating Disorders*, 44(6), 497-505.

- Gillespie, J. (1996). Rejection of the body in women with eating disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 23(2), 153-161.
- Godsey, J. (2013) The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: An integrative review. *Complementary Therapies in Medicine*, 21, 430-439.
- Gothelf, D., Apter, A., Ratzoni, G., Orbach, I., Weizman, R., Tyano, S., & Pfeffer, C. (1995). Defense mechanisms in severe adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(12), 1648-1654.
- Grabe, S., Ward, L. M., & Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 134(3), 460-476. doi:10.1037/0033-2909.134.3.460.
- Greenfield, L. (réalisatrice). (2006). *Thin*. [Documentaire]. New York, NY: Home Box Office.
- Guilbaud, O., Berthoz, S., de Tournemire, R., & Corcos, M. (2003). Approche clinique et biologique des troubles des conduites alimentaires. *Annales Médico-Psychologiques*, 161, 634-639. doi:10.1016/S0003-4487(03)00170-7
- Haslam, M., Mountford, V., Meyer, C., & Waller, G. (2008). Invalidating childhood environments in anorexia and bulimia nervosa. *Eating Behaviors*, 9, 313-318.
- Hepworth, N. S. (2011). A mindful eating group as an adjunct to individual treatment for eating disorders: A pilot study. *Eating Disorders*, 19, 6-16. doi:10.1080/10640266.2011.533601
- Herbert, B. M., & Pollatos, O. (2012). The body in the mind: On the relationship between interoception and embodiment. *Topics in Cognitive Science*, 4, 692-704. doi:10.1111/j.1756-8765.2012.01189.x
- Herpertz-Dahlmann, B. (2008). Adolescent eating disorders: Definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 31-47. doi:10.1016/j.chc.2008.07.005
- Hindi, F. S. (2012). How attention to interoception can inform dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 34, 129-140. doi:10.1007/s10465-012-9136-8
- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396.

doi:10.1002/eat.10222

- Hsu, L. K. G. (1989). The gender gap in eating disorders: Why are the eating disorders more common among women? *Clinical Psychology Review*, 9, 393-407.
- Huon, G. F., & Brown, L. B. (1986). Body images in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5(3), 421-439.
- Izydorczyk, B. (2015). A psychological typology of females diagnosed with anorexia nervosa, bulimia nervosa or binge eating disorder. *Health Psychology Report*, 3(4), 312–325. doi:10.5114/hpr.2015.55169
- Jongenelis, M. I., Byrne, S. M., & Pettigrew, S. (2014). Self-objectification, body image disturbance, and eating disorder symptoms in young Australian children. *Body Image*, 11, 290-302.
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2215-2221.
- Keel, P. K., & Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 195-204.
- Keel, P. K., Dorer, D. J., Eddy, K. T., Franko, D., Charatan, D. L., & Herzog, D. B. (2003). Predictors of mortality in eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 60, 179-183.
- Kleinman, S. (2003). Body talk: Giving form to feelings. *Proceedings of the American Dance Therapy Association 38th Annual Conference*. Columbia, MD: American Dance Therapy Association.
- Kleinman, S. (2009). Becoming whole again: Dance/movement therapy for those who suffer from eating disorders. Dans S. Chaiklin & H. Wengrower (Éds), *The art and science of dance/movement therapy: Life is dance* (pp. 125–144). New York, NY: Routledge.
- Kleinman, S. (2013a, Juin). Challenging body image distortions through the eyes of the body. *Eating Disorder Hope*. Repéré à <https://www.eatingdisorderhope.com/information/body-image/body-distortion-control-treatment>
- Kleinman, S. (2013b, Juin). Dance/movement therapy can connect mind and body. *Eating Disorder Hope*. Repéré à <http://www.eatingdisorderhope.com/whole-self.html>

- Kleiman, S. (2015a, Février). Dance/movement therapy and eating disorders. *An ADTA Talk*. Repéré à [https://www.youtube.com/watch?v=fFDiqQDHd0&list=PLrbXrO8yG6hvpRWRnNTij7\\_CWTt2Th2J8&index=7](https://www.youtube.com/watch?v=fFDiqQDHd0&list=PLrbXrO8yG6hvpRWRnNTij7_CWTt2Th2J8&index=7)
- Kleinman, S. (2015b, Février). Show me the way to my soul: Dance/movement therapy for individuals with eating disorders. *American Dance Therapy Association*. Repéré à <https://adta.org/2015/02/23/show-me-the-way-to-my-soul-dancemovement-therapy-for-individuals-with-eating-disorders/>
- Kleinman, S. (2016, Janvier). The body speaks: Dance/movement therapy creates movement toward eating disorders recovery. *Gürze-Salucore Eating Disorders Resource Catalogue*. Repéré à <https://www.edcatalogue.com/the-body-speaks-dancemovement-therapy-creates-movement-toward-eating-disorders-recovery/>
- Krantz, A. M. (1999). Growing into her body: Dance/movement therapy for women with eating disorders. *American Journal of Dance Therapy*, 21(2), 81-103. doi:10.1023/A:1022104603189
- Krueger, D. W., & Schofield, E. (1986). Dance/movement therapy of eating disordered patients: A model. *The Arts in Psychotherapy*, 13(4), 323-331.
- Lantz, E. L., Gillberg, C., Råstam, M., Wentz, E., & Lowe, M. R. (2016). Premorbid BMI predicts binge-purge symptomatology among individuals with anorexia nervosa. *International of Eating Disorders*, 50, 852-855. doi:10.1002/eat.22718
- Laverty, K. (2014, Novembre). *Embracing the body: The impact of dance/movement therapy on binge eating disorder*. Communication présentée à la 49<sup>e</sup> Conférence de l'American Dance Therapy Association, Chicago, IL.
- Laverty, K., & Lehmann, S. (2013). *Shifting the body experience: The impact of dance/movement therapy in an eating disorder outpatient setting on the relationship with the body* [Affiche scientifique]. n. d.: The Renfrew Center.
- Legenbauer, T., Schütt-Strömel, S., Hiller, W., & Vocks, S. (2011). Predictors of improved eating behaviour following body image therapy: A pilot study. *European Eating Disorders Review*, 19, 129-137. doi:10.1002/erv.1017
- Leijssen, M. (2006) Validation of the body in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 46(2), 126-146.
- Loman, S., & Foley, L. (1996) Models for understanding the non verbal process in relationships. *The Arts in Psychotherapy*, 23(4) 341-350.

- Lynch, W. C., Everingham, A., Dubitzky, J., Hartman, M., & Kasser, T. (2000). Does binge eating play a role in the self-regulation of moods? *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 35(4), 298-313.
- Manley, R. S., Tonkin, R., & Hammond, C. (1988). A method for the assessment of body image disturbance in patients with eating disorders. *Journal of Adolescent Health Care*, 9, 384-388.
- Marco, J. H., Perpiñá, C., & Botella, C. (2013). Effectiveness of cognitive behavioral therapy supported by virtual reality in the treatment of body image in eating disorders: One year follow-up. *Psychiatry Research*, 209, 619-625.
- Martin, L. M., Plumb-Villardaga, J. C., & Timko, C. A. (2014). Examining the relationship amongst varieties of interpersonal valuing and mindfulness processes in eating pathology. *Mindfulness*, 5, 111-123. doi:10.1007/s12671-012-0156-8
- Martinez, N. I. (2014). A place for every tool and every tool in its place: Cognitive integrative perspective for coherence on the new frontier of mind and body practice. *Clinical Social Work Journal*, 42, 302-311. doi:10.1007/s10615-013-0473-y
- Martinez, M. A., & Craighead, L. W. (2015). Toward person(ality)-centered treatment: How consideration of personality and individual differences in anorexia nervosa may improve treatment outcome. *Clinical Psychology Science and Practice*, 22, 296-314.
- Matsumoto, R., Kitabayashi, Y., Narumoto, J., Wada, Y., Okamoto, A., Ushijima, Y., ... Fukui, K. (2006). Regional cerebral blood flow changes associated with interoceptive awareness in the recovery process of anorexia nervosa. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30, 1265-1270. doi:10.1016/j.pnpbp.2006.03.042
- McComb, J. J. R., & Clopton, J. R. (2003). The effects of movement, relaxation, and education on the stress levels of women with subclinical levels of bulimia. *Eating Behaviors*, 4(1), 79-88.
- McKenzie, J. M., & Joyce, P. R. (1992). Hospitalization for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 235-241.
- Mennona, K. (2014, Novembre). *Body harmony: Addressing body image acceptance for adolescents with eating disorders*. Communication présentée à la 49<sup>e</sup> Conférence de l'American Dance Therapy Association, Chicago, IL.

- Merwin, R. M., Zucker, N. L., Lacy, J. L., & Elliot, C. A. (2010). Interoceptive awareness in eating disorders: Distinguishing lack of clarity from non-acceptance of internal experience. *Cognition and Emotion*, 24(5), 892-902. doi:10.1080/02699930902985845
- Micceri, T. (1989). The unicorn, the normal curve, and other improbable creatures. *Psychological Bulletin*, 105(1), 156-166.
- Mountford, V., Corstorphine, E., Tomlinson, S., & Waller, G. (2007). Development of a measure to assess invalidating childhood environments in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8, 48-58.
- Muchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (3<sup>e</sup> éd.). Paris, France: Armand Colin.
- Nilsson, K., & Hägglöf, B. (2005). Long-term follow-up of adolescent onset anorexia nervosa in Northern Sweden. *European Eating Disorders Review*, 13, 89-100.
- Organisation mondiale de la Santé (2015, Novembre). Développement des adolescents. *Santé de l'adolescent*. Repéré à [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/)
- Pacanowski, C. R., Diers, L., Crosby, R. D., & Neumark-Sztainer, D. (2016). Yoga in the treatment of eating disorders within a residential program: A randomized controlled trial. *Eating Disorders*, 25(1), 37-51. doi:10.1080/10640266.2016.123780
- Padrão, M. J., & Coimbra, J. L. (2011). The anorectic dance: Towards a new understanding of inner-experience through psychotherapeutic movement. *American Journal of Dance Therapy*, 33, 131-147. doi:10.1007/s10465-011-9113-7
- Paillé, P., & Muchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e éd.). Paris, France: Armand Colin.
- Palmer, A. E. (2015). The lived experience of dance/movement therapists working with patients with eating disorders. *American Journal of Dance Therapy*, 37(2), 113-134. doi:10.1007/s10465-015-9198-5
- Park, D. C. (2007). Eating disorders: A call to arms. *American Psychologist*, 62(3), 158. doi:10.1037/0003-066X.62.3.158
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1998). Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 91-98.



- Picard, L., Stheneur, C., Côté-Séguin, É., Puentes-Neuman, G., Taddeo, D., Jamouille, O., ... De Almeida, A. (2016, Septembre). *Dance/movement therapy in a multidisciplinary adolescent eating disorders inpatient program: Evaluation of its integration and preliminary outcomes*. Communication présentée à la cinquième Conférence biennale de l'Association des Troubles Alimentaires du Canada, Winnipeg, MB.
- Pinto, A. M., Guarda, A. S., Heinberg, L. J., & Di Clemente, C. C. (2006). Development of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 376-384.
- Pollatos, O., Kurz, A.-L., Albrecht, J., Schreder, T., Kleemann, A. M., Schöpf, V., ... Schandry, R. (2008). Reduced perception of bodily signals in anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 9, 381-388. doi:10.1016/j.eatbeh.2008.02.001
- Potel Baranes, C. (2009). Adolescence et relaxation : Le groupe, un contenant thérapeutique privilégié à l'adolescence. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 53(2), 79-89. doi:10.3917/rppg.053.0079
- Prégent, J. (réalisatrice). (1988). *La peau et les os*. Montréal, QC: Office National du Film du Canada.
- Price, C. J., & Thompson, E. A. (2007). Measuring dimensions of body connection: Body awareness and bodily dissociation. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(9), 945-953. doi:10.1089/acm.2007.0537
- Probst, M. (2017, Juin). *Hilde Bruch et la médiation corporelle dans le traitement des troubles des conduites alimentaires : 55 ans plus tard*. Communication présentée au deuxième Colloque sur l'image corporelle, Montréal, QC.
- Prowse, E., Bore, M., & Dyer, S. (2013). Eating disorder symptomatology, body image, and mindfulness: Findings in a non-clinical sample. *Clinical Psychologist*, 17, 77-87. doi:10.1111/cp.12008
- Pylvänäinen, P. (2003). Body image: A tripartite model for use in dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 25(1), 39-55.
- Pylvänäinen, P. (2010). The dance/movement therapy group in a psychiatric outpatient clinic: Explorations in body image and interaction. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 5(3), 219-230. doi:10.1080/17432979.2010.518016
- Rice, J. B., Hardenbergh, M., & Hornyak, L. M. (1989). Disturbed body image in anorexia nervosa: Dance/movement therapy interventions. Dans L. M. Hornyak &

- E. K. Baker (Éds), *Experiential Therapies for Eating Disorders* (pp. 252-278). New York, NY: The Guilford Press.
- Richard, M., Bauer, S., & Kordy, H. (2005). Relapse in anorexia and bulimia nervosa – A 2,5-year follow-up study. *European Eating Disorders Review*, 13, 180-190. doi:10.1002/erv.638
- Richardson, J., & Perrone, V. (2014, Novembre). *Retrouver le bien-être en renouant avec le corps et l'assiette*. Communication présentée à l'École Mini-Psy du Bureau d'éducation en santé mentale de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal, QC.
- Richardson Bunney, J. (2015, Février). *Dance/movement therapy group process*. Cours dans le cadre du programme Voie alternative de danse-thérapie du Centre national de danse-thérapie, Montréal, QC.
- Rieger, E., Touyz, S., Schotte, D., Beumont, P., Russell, J., Clarke, S., ... Griffiths, R. (2000). Development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 387-396.
- Ritter, M., & Graff Low, K. (1996). Effects of dance/movement therapy: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 23(3), 249-260.
- Roberts, M. C., Lazicki-Puddy, T. A., Puddy, R. W., & Johnson, R. J. (2003). The outcomes of psychotherapy with adolescents: A practitioner-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 59(11), 1177-1191. doi:10.1002/jclp.10209
- Robin, A. L., Siegel, P. T., Moye, A. W., Gilroy, M., Baker Dennis, A., & Sikand, A. (1999). A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1482-1489.
- Rodgers, R. F., Paxton, S. J., & McLean, S. A. (2014). A biopsychosocial model of body image concerns and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of Youth Adolescence*, 43, 814-823. doi:10.1007/s10964-013-0013-7
- Rohde, P., Stice, E., & Marti, C. N. (2015). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implication for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 187-198.
- Rossberg-Gempton, I., & Poole, G. (1992). The relationship between body movement and affect: From historical and current perspectives. *The Arts in Psychotherapy*, 19(1), 39-46.

- Roy, M., & Forest, F. (2007). Assessment of body image distortion in eating and weight disorders: Validation of a computer based tool (Q-BID). *Eating Weight Disorders*, 12, 1-11.
- Roy, M., & Meilleur, D. (2010). Body image distortion change during inpatient treatment of adolescent girls with restrictive anorexia nervosa. *Eating Weight Disorders*, 15(1-2), 108-115.
- Sandel, S. L., Chaiklin, S., & Lohn, A. (1993). *Foundations of dance/movement therapy: The life and work of Marian Chace*. Columbia, MD: The Marian Chace Memorial Fund of American Dance Therapy Association.
- Schmais, C. (1985). Healing process in group dance therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 8, 17-36.
- Scime, M., & Cook-Cottone, C. (2008). Primary prevention of eating disorders: A constructivist integration of mind and body strategies. *International Journal of Eating Disorders*, 41(2), 134-142. doi:10.1002/eat.20480
- Sepúlveda, A. R., Botella, J., & León, J. A. (2002). Body-image disturbance in eating disorders: A meta-analysis. *Psychology in Spain*, 6(1), 83-95.
- Siegel, D. J. (2007). *Reflections on the mindful brain*. New York, NY: Mind Your Brain.
- Silverman, J. A. (1997). Anorexie nervosa: Historical perspective on treatment. Dans D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Éds), *Handbook of treatment for eating disorders* (2<sup>e</sup> éd., pp. 3-10). New York, NY: Guilford.
- Société Française de Danse-Thérapie (2014). Courants actuels. *Danse-thérapie*. Répéré à [http://sfdt.free.fr/crbst\\_7.html](http://sfdt.free.fr/crbst_7.html)
- Sossin, K. M., & Birklein, S. B. (2006). Nonverbal transmission of stress between parent and young child: Considerations and psychotherapeutic implications of a study of affective movement patterns. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 5(1), 46-69.
- Speranza, M., & Atger, F. (2003). Approche développementale de l'alexithymie. Dans M. Corcos & M. Speranza (Éds), *Psychopathologie de l'alexithymie* (pp. 65-77). Paris, France: Dunod.
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J., & Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 365-371.

- Starzomska, M. (2009). Application of the concept of egosyntonicity to the assessment of anorexic patients' competence. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 1*, 39-43.
- Statistiques Canada. (2015, Novembre). Section D – Troubles des conduites alimentaires. *Description des états de santé au Canada*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-619-m/2012004/sections/sectiond-fra.htm#a1>
- Steiger, H. (2011, Novembre). *Gènes, environnements et genre : Une formule pour comprendre les troubles de l'alimentation*. Communication présentée à l'École Mini-Psy du Bureau d'éducation en santé mentale de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal, QC.
- Steiger, H., & Thaler, L. (2016). Eating disorders, gene-environment interactions and the epigenome: Roles of stress exposures and nutritional status. *Physiology & Behavior, 162*, 181-185.
- Steinhausen, H.-C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20<sup>th</sup> century. *American Journal of Psychiatry, 159*, 1284-1293.
- Stern, S., Dixon, K., Jones, D., Lake, M., Nemzer, E., & Sansone, R. (1989). Family environment in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 8*(1), 28-34.
- Stickney, M. I., & Miltenberger, R. G. (1999). Evaluating direct and indirect measures for the functional assessment of binge eating. *International Journal of Eating Disorders, 26*(2), 195-204.
- Swami, V., & Harris, A. S. (2012). Dancing toward positive body image? Examining body related constructs with ballet and contemporary dancers at different levels. *American Journal of Dance Therapy, 34*, 39-52. doi:10.1007/s10465-012-9129-7
- Tan, J., Hope, T., & Stewart, A. (2003). Anorexia nervosa and personal identity: The accounts of patients and their parents. *International Journal of Law and Psychiatry, 26*, 533-548. doi:10.1016/S0160-2527(03)00085-2
- Thompson, J. K. (1990). *Body Image Disturbance Assessment and Treatment*. New York, NY: Toronto Pergamon Press.
- Thompson, J. K., Covert, M. D., Richards, K. J., Johnson, S., & Cattarin, J. (1995). Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: Covariance structure modeling and longitudinal investigations. *International Journal of Eating Disorders, 18*(3), 221-236.

- Tiggemann, M. (2005). Television and adolescent body image: The role of program content and viewing motivation. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*, 361-381.
- Totenbier, S. L. (1994). A new way of working with body image in therapy, incorporating dance/movement therapy methodology. Dans D. Dokter (Éd.), *Arts therapies and clients with eating disorders: Fragile board* (pp. 193-225). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Touyz, S. W., Beumont, P. J. V., Collins, J. K., & Cowie, I. (1985). Body shape perception in bulimia and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 4*(3), 259-265.
- Van Koningsveld, S. (2014, Novembre). *Movement and skill building: Building empathy in adolescents with mental and behavioral issues*. Communication présentée à la 49<sup>e</sup> Conférence de l'American Dance Therapy Association, Chicago, IL.
- Vaysse, J. (2006). *La danse-thérapie : Histoire, techniques, théories* (éd. rév.). Paris, France: L'Harmattan.
- Veaux-Logeat, C. (réalisatrice). (2005). *Duel en 2 voix*. [Documentaire]. Québec, QC: Vidéo Femmes.
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review, 18*, 391-420.
- Vivo, M. (2015, Mars). Dance/movement therapy in the treatment of eating disorders: An interview with Chandra Chaikin. *Chandra Chaikin Blog*. Repéré à <https://www.redondotherapist.com/dance-movement-therapy-in-the-treatment-of-eating-disorders/>
- Vust, S., & Michel, L. (2006). Adolescence, troubles du comportement alimentaire et groupe thérapeutique : Une expérience. *Adolescence, 56*(2), 421-428. doi:10.3917/ado.056.0421
- Wanden-Berghe, R. G., Sanz-Valero, J., & Wanden-Berghe, C. (2011). The application of mindfulness to eating disorders treatment: A systematic review. *Eating Disorders, 19*, 34-48. doi:10.1080/10640266.2011.533604
- Wanlass, J., Moreno, J. K., & Thomson, H. M. (2005). Group therapy for eating disorders: A retrospective case study. *The Journal for Specialists in Group Work, 30*(1), 47-66.

- Whitehouse, M. (1956). Creative expression in physical movement is language without words. Dans P. Pallaro (Éd.), (2000), *Authentic movement: Essays by Mary Starks Whitehouse, Janet Adler and Joan Chodorow* (pp.33-40). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Wildes, J. E., Marcus, M. D., Crosby, R. D., Ringham, R. M., Dapelo, M. M., Gaskill, J. A., & Forbush, K. T. (2011). The clinical utility of personality subtypes in patients with anorexia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 665-674. doi:10.1037/a0024597
- Wildes, J. E., Ringham, R. M., & Marcus, M. (2010). Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: Initial test of a functional model. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 398-404.
- Wilson, G. T., Fairburn, C., Agras, W. S., Walsh, B. T., & Kraemer, H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 267-274. doi:10.1037//0022-006X.70.2.267
- Winnicott, D. W. (1977). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. (Londres, R-U, 1967/1971). Traduction française par C. Monod, & J.-B. Pontalis, Paris, France: Gallimard.
- Worsfold, K. E. (2009). The body in clinical cognitive theory: From Beck to mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 10(2), 220-240. doi:10.1080/14639940903239777
- Yalom, I. D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy* (3<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Basic Books.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (5<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Basic Books.
- Zellner, D. A., Harner, D. E., & Adler, R. L. (1989). Effects of abnormalities and gender on perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(1), 93-96.
- Zepf, S. (2011). About rationalization and intellectualization. *International Forum of psychoanalysis*, 20, 148-158.

## **Appendice A**

Caractéristiques individuelles des participants

Tableau 1

*Caractéristiques individuelles des participantes*

Participant	Âge (années)	Nombre d'hospitalisations	Durée du trouble (mois)	IMC pré-test
Expérimental				
25	14	1	33	16,03
31	16	1	32	21,05
19	14	1	11	15,81
15	17	1	29	13,97
22	17	2	27	15,44
16	15	2	20	16,33
24	14	1	5	13,89
17	16	2	8	16,12
04	13	5	17	14,34
18	13	1	2	15,03
21	14	2	17	16,55
30	13	1	21	13,75
27	16	4	28	15,60
26	15	1	48	15,90
01	14	4	36	15,66
13	11	1	4	16,88
05	15	1	11	14,41
Témoin				
40	15	3	15	16,56
9	11	2	3	11,95
32	16	1	4	16,54
37	16	1	5	10,46
46	14	1	7	14,95
38	15	2	10	15,69
39	12	1	12	16,52
47	15	1	10	16,17
36	15	1	18	14,38
10	14	1	6	14,92



## **Appendice B**

Déroulement d'une séance de danse-thérapie groupale

### **Déroulement d'une séance (même structure d'une semaine à l'autre)**

- Utilisation de musique au choix des participantes.
- Disponibilité de différents accessoires pouvant être utilisés par les participantes : balles, foulards, Octaband (huit bandes de tissu élastique reliées autour d'un point central), etc.
- Exploration des thèmes à partir des vécus des participantes.
- Orientation des exercices pour répondre aux buts des participantes : construction de la confiance en soi par l'expression corporelle, développement de la conscience corporelle par l'équilibre, la flexibilité et la coordination, construction de relations avec les autres et d'une connexion à soi, développement d'un accordage à soi, aux autres et au groupe.
- Adaptation de la danse-thérapeute d'une semaine à l'autre à partir des commentaires oraux et écrits des participantes.

#### *1. Introduction*

- Saluer les participantes.
- Laisser les participantes qui étaient présentes à la séance précédente expliquer aux nouvelles le fonctionnement des séances.
- Laisser chaque participante créer un mouvement « signature » pour se présenter au groupe.
- Adresser différents aspects de la structure du groupe : confidentialité, buts, limites, respect mutuel, confiance, questions des participantes.

#### *2. Réchauffement*

- Inviter les participantes à bouger différentes parties de leur corps et tout leur corps.
- Explorer la kinesphère (espace personnel).
- Porter attention à la respiration et à ses différents rythmes.

#### *3. Choix d'un thème (p. ex., Danse avec moi)*

- Faire passer une balle en mousse d'une participante à l'autre : chacune doit écrire un mot sur le tableau décrivant son sentiment au début de la séance.

- Laisser les participantes créer une phrase en mouvements reliée à leurs sentiments et pouvant être partagée aux autres. Chaque phrase doit pouvoir être « lue » par les autres et doit comporter un début, un milieu et une fin.
- Former des dyades à partir des sentiments partagés.

#### 4. *Développement du thème*

- Laisser chaque participante montrer sa phrase en mouvements à sa partenaire : la partenaire peut bouger en synchronie avec l'autre.
- Laisser chaque participante montrer sa phrase en mouvements au groupe : le groupe peut alors bouger en synchronie avec celle qui présente ses mouvements.
- Discuter de l'expérience de témoin : qu'est-ce que les participantes ont remarqué dans les mouvements de leur partenaire? Quelles caractéristiques de mouvements ont été utilisées en fonction de différents paramètres : temps, espace, poids et flow?

#### 5. *Fermeture*

- Discuter de l'expérience de chacune lors de cette séance : impressions, préférences de mouvements.
- Écrire le journal de bord individuellement : réflexions et pensées sur l'expérience en mouvements.
- Effectuer le rituel de fermeture.

## **Appendice C**

Formulaire de consentement



CHU Sainte-Justine  
*Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant*

*Pour l'amour des enfants*



## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

### 1. Titre du projet de recherche

Étude pilote sur l'implantation de séances de danse-thérapie dans une unité de soin pour patients présentant des troubles du comportement alimentaire

### 2. Nom des chercheurs

➤ Chercheur responsable du projet au CHU Sainte-Justine  
Dr Chantal Stheneur, Professeur agrégé de clinique, section médecine de l'adolescence

➤ Collaborateurs internes et externes  
Élysa Côté-Séguin, Doctorante en psychologie, Université de Sherbrooke  
Guadalupe Puentes-Neuman, Professeure au département de psychologie, Université de Sherbrooke  
Jean-Yves Frappier professeur titulaire au département de pédiatrie, section médecine de l'adolescence  
Olivier Jamouille professeur adjoint de clinique au département de pédiatrie, section médecine de l'adolescence  
Danielle Taddeo professeure adjointe de clinique au département de pédiatrie, section médecine de l'adolescence

### 3. Invitation à participer à un projet de recherche

La section médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine participe à une recherche dans le but d'intégrer des soins de danse-thérapie à la prise en charge des patients présentant des troubles du comportement alimentaire. Nous sollicitons aujourd'hui la participation de votre enfant. Nous vous invitons à lire ce formulaire d'information afin de décider si vous êtes intéressé à ce que votre enfant participe à ce projet de recherche. Il est important de bien comprendre ce formulaire. N'hésitez pas à poser des questions. Prenez le temps nécessaire pour prendre votre décision.

### 4. Quelle est la nature de cette recherche ?

➤ Pertinence de la recherche

De nombreuses études montrent l'importance des soins corporels dans la prise en charge des patients présentant des troubles alimentaires. Nous avons décidé, en collaboration avec le Centre national de danse-thérapie des Grands Ballets Canadiens, d'intégrer des soins de danse-thérapie à notre prise en charge au sein du programme des troubles alimentaires. Il nous paraît nécessaire, au moment d'introduire ces soins, de vérifier la faisabilité de l'implantation de ces soins au sein de notre prise en charge et de regarder la satisfaction des patientes et de l'équipe soignante et en tester certains paramètres évaluant l'image du corps.



➤ Objectifs de la recherche

**Principal**

Vérifier la faisabilité de l'intégration de séances de danse-thérapie aux soins habituels .

**Secondaires**

Évaluer le niveau de satisfaction des patientes aux séances de danse thérapie.

Évaluer la distorsion de l'image corporelle, l'anxiété et l'estime de soi de patientes hospitalisées pour trouble du comportement alimentaire en début d'hospitalisation et après quelques semaines de danse-thérapie.

Prendre l'avis des soignants habituels des patientes sur les séances de danse-thérapie.

➤ Nombre de participants impliqués.

30 patients devraient répondre aux questionnaires, représentant 15 patientes dans le groupe expérimental et 15 patientes dans le groupe contrôle.

**5. Comment se déroulera le projet ?**

Grâce au Centre national de danse-thérapie des Grands Ballets Canadiens, toute patiente hospitalisée pour trouble alimentaire dans l'unité de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine, lorsque la danse-thérapeute sera présente à l'unité, pourra, si son état de santé le permet, se voir proposer 5 séances d'une heure par semaine de danse-thérapie en groupe réparties sur une durée maximum de cinq semaines. Ces séances sont encadrées par des thérapeutes formés à cette pratique chez des patients atteints de trouble alimentaire.

**Groupe expérimental (participantes à la danse-thérapie)**

Si votre enfant participe au projet de recherche, le journal de bord qu'elle remplira, après les séances de danse-thérapie pour noter ses impressions, pourra être utilisé en partie comme matériel de recherche. Les participantes également devront répondre à des questionnaires dans les premiers jours qui suivent l'hospitalisation et après les 5 séances de danse-thérapie (ou lorsqu'elle recevra son congé d'hospitalisation advenant le cas qu'elle parte avant d'avoir complété 5 séances).

**Groupe témoin (patientes hospitalisées entre les périodes d'offre de danse-thérapie)**

Si votre enfant est hospitalisée à un moment où la danse-thérapie n'est pas offerte, elle recevra tout de même les soins habituellement offerts à la clinique. Pour sa participation à l'étude, elle devra répondre à des questionnaires lors de son hospitalisation et cinq semaines après celle-ci. Elle répondra également à une question sur sa perception des impacts des services reçus.

De même, les soignants répondront à un questionnaire sur leur appréciation des séances et sur l'évolution des patientes, qu'elles aient participé ou non à la danse-thérapie.

L'équipe de recherche consultera le dossier médical de votre enfant pour obtenir les informations pertinentes à cette recherche, comme l'âge, le poids, la taille, le nombre d'hospitalisations antérieures.

**6. Quels sont les avantages et bénéfices ?**

Cette étude n'apporte pas d'avantages directs pour la participante, hormis le fait de lui faire prendre conscience de son niveau de distorsion de l'image corporelle, de son anxiété et de sa faible estime de soi.

Les résultats de ce projet permettront d'évaluer la pertinence de la danse-thérapie au sein de la section médecine de l'adolescent du CHU Sainte-Justine et peut-être la mise en place de la danse-thérapie dans d'autres milieux travaillant auprès d'adolescentes atteintes d'un trouble alimentaire.





**7. Quels sont les inconvénients et les risques ?**

Le fait de répondre à des questionnaires pourrait faire que votre enfant se pose plus de questions sur ses ressentis et ses difficultés. Notamment, elle pourrait vivre un certain niveau d'inconfort par rapport à elle-même et un certain niveau d'anxiété.

L'équipe soignante sera particulièrement à l'écoute après la passation des questionnaires pour accompagner votre enfant face à son vécu.

**8. Dans quels cas peut-on me retirer de la recherche ou l'arrêter prématurément?**

Les médecins en charge de votre enfant pourraient la retirer du projet de recherche s'ils jugeaient que c'est dans son intérêt.

**9. Comment la confidentialité est-elle assurée ?**

Tous les renseignements obtenus sur votre enfant pour ce projet de recherche seront confidentiels, à moins d'une autorisation de votre part ou d'une exception de la loi. Pour ce faire, ces renseignements seront codés. Les dossiers seront conservés pendant 4 années après la fin de la recherche, sous la responsabilité d'Élysa Côté-Séguin à l'Université de Sherbrooke ainsi que par le Dre Chantal Stheneur au CHU Sainte-Justine. Les données nominatives seront conservées au CHU Sainte-Justine et les données codées au Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke.

Cependant, aux fins de vérifier le bon déroulement de la recherche et d'assurer votre protection, il est possible qu'un délégué du comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine prenne connaissance des renseignements obtenus sur votre enfant et de son dossier médical.

Par ailleurs, les résultats de cette recherche pourront être publiés ou communiqués dans un congrès scientifique, mais aucune information pouvant identifier votre enfant ne sera alors dévoilée.

**10. Responsabilité**

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi ni à ceux de votre enfant. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs de leur responsabilité légale et professionnelle.

**11. Y a-t-il une compensation prévue pour vos dépenses et inconvénients ?**

Il n'y a aucune compensation financière prévue pour cette étude.

**12. Conflits d'intérêts**

Les médecins de l'unité et les chercheurs ne reçoivent aucuns honoraires professionnels additionnels pour la participation de votre enfant dans ce projet.

**13. Liberté de participation**

La participation de votre enfant à ce projet de recherche est libre et volontaire et ne remet pas en cause sa participation éventuelle à la danse-thérapie. Toute nouvelle connaissance susceptible de remettre en question la décision que votre enfant continue de participer à la recherche vous sera communiquée.

Vous pouvez retirer votre enfant de cette recherche en tout temps. Quelle que soit votre décision cela n'affectera pas la qualité des services de santé qui lui sont offerts. En cas de retrait de la participante, les données non encore analysées peuvent être détruites à votre demande.

14. En cas de questions ou de difficultés, avec qui peut-on communiquer ?

Pour plus d'informations concernant cette recherche, contactez le chercheur responsable de cette recherche au CHU Sainte-Justine, Dr Chantal Stheneur

Pour tous renseignements sur les droits de votre enfant à titre de participant à ce projet de recherche, vous pouvez contacter le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU Sainte-Justine



15. Consentement et assentiment

On m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et on m'en a remis un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction. Après réflexion, j'accepte que mon enfant participe à ce projet de recherche. J'autorise l'équipe de recherche à consulter le dossier médical de mon enfant pour obtenir les informations pertinentes à ce projet.

Nom de l'enfant  
(Lettres moulées)

Assentiment de l'adolescente  
(signature)

Date

Nom du parent, tuteur  
ou de la participante de 18 ans et plus  
(Lettres moulées)

Consentement (signature)

Date

J'ai expliqué à la participante et/ou à son parent/tuteur tous les aspects pertinents de la recherche et j'ai répondu aux questions qu'ils m'ont posées. Je leur ai indiqué que la participation au projet de recherche est libre et volontaire et que la participation peut être cessée en tout temps.

Nom de la personne qui a obtenu  
le consentement (Lettres moulées)

Signature

Date



## **Appendice D**

*Quantification de la distorsion de l'image corporelle* (Roy & Forest, 2007)

Document retiré pour respect du droit d'auteur.

## **Appendice E**

*Eating Disorders Inventory-3* (Garner, 2004)

Document retiré pour respect du droit d'auteur.

## **Appendice F**

Journal de bord

À chaque semaine, les participantes du groupe expérimental remplissent un journal de bord lors de la séance de danse-thérapie.

**Consigne écrite de la danse-thérapeute :**

À la fin de chacune des séances, tu es invitée à réfléchir à propos de ton expérience dans la danse et le mouvement. Tu peux choisir de le faire en écrivant ou en dessinant tes impressions, tes observations ou toute autre expérience vécue dans la session.

Le but de ce journal est que tu aies un moment pour réfléchir à propos de ton expérience de mouvement, de te connecter à toi-même et d'être expressive.

Ainsi, tu as pu noter qu'un mouvement ou un geste particulier, une idée, un thème ou une histoire se sont révélés à toi alors que tu bougeais. Tu peux y réfléchir maintenant alors que nous en sommes à la fin de la session de thérapie par la danse et le mouvement. Sens-toi à l'aise d'écrire ou de dessiner ce qui te vient en tête.

Ce journal est à toi et demeurera à l'hôpital tout au long de ta participation. Il te sera remis à la fin des séances de thérapie par la danse et le mouvement.

Merci de ta participation et prends bien soin de toi.

## **Appendice G**

Questions posées par écrit en post-test

**Consigne écrite de la chercheure :**

Suite à ta participation à la danse-thérapie, nous t'invitons à réfléchir aux questions suivantes :

- Quels impacts les services reçus à l'unité d'hospitalisation ont-ils eus sur la perception que tu as de ton corps? (*Question présentée à toutes les participantes à la recherche.*)
- Selon toi, à quel point ta participation à la danse-thérapie a-t-elle une influence dans ces impacts? (*Question présentée seulement aux participantes du groupe expérimental.*)



## **Appendice H**

Analyses préliminaires entre les participantes ayant complété la recherche et celles ne l'ayant pas complété

Tableau 4

*Comparaisons entre les participantes ayant complété la recherche et celles ne l'ayant pas complété sur les variables sociodémographiques, sur l'indice de masse corporelle et sur les variables dépendantes aux deux temps de mesure (tests *t* pour échantillons indépendants)*

	Participant ayant complété la recherche	Participant n'ayant pas complété la recherche	Tests <i>t</i> pour échantillons indépendants	
Variables	<i>M</i> ( <i>ÉT</i> )	<i>M</i> ( <i>ÉT</i> )	<i>t</i>	<i>p</i>
Distorsion de l'image corporelle au pré-test	15,69 (9,38)	16,84 (12,33)	0,35	0,730
Déficits intéroceptifs au pré-test	15,23 (7,37)	12,90 (9,72)	-0,89	0,378

Tableau 5

*Comparaisons entre les participantes ayant complété la recherche et celles ne l'ayant pas complété sur les variables sociodémographiques, sur l'indice de masse corporelle et sur les variables dépendantes au pré-test (tests de Mann-Whitney présentés lorsque le postulat de normalité n'est pas respecté)*

Variables	Participants ayant complété la recherche	Participants n'ayant pas complété la recherche	Tests de Mann-Whitney	
	<i>Rang moyen</i>	<i>Rang moyen</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Âge	22,76	25,68	236,50	0,461
Nombre d'hospitalisations	23,02	20,28	243,50	0,404
Durée du trouble alimentaire	21,63	19,79	206,00	0,640
Insatisfaction corporelle au pré-test	20,71	27,12	187,50	0,108
Recherche de minceur au pré-test	24,37	22,38	282,50	0,617
IMC au pré-test	19,91	29,52	159,50	0,017*
Boulimie au pré-test	22,19	25,20	226,00	0,436

\* $p < 0,05$ .

## **Appendice I**

Thèmes classés par rubriques thématiques

### Rubriques thématiques en lien avec la danse-thérapie (groupe expérimental)

Axes	Sous-axes	Rubriques	Thèmes
Résultats	Présence	Diminution des préoccupations et de l'anxiété	Se changer les idées, lâcher-prise, absence de préoccupation, diminution de l'anxiété
		Détente et défoulement	Diminuer les tensions corporelles, relaxation, s'étirer, mouvements plus fluides, se défouler, évacuer les sentiments, se libérer
		Écoute et acceptation de son corps	Faire des mouvements qui font du bien, liberté de mouvements, prise de conscience de l'impact du fait de bouger, prise de conscience du bien-être dans les mouvements lents, la relaxation et les étirements, prise de conscience de la signification des gestes, relâchement envers soi-même et son corps, corps en santé offrant des possibilités infinies
		Utilisation appropriée du corps	Prise de contrôle du corps, se sentir plus en forme
		Découverte des émotions	Aide d'un point de vue émotionnel, description du vécu émotionnel, exploration des émotions dans le mouvement, trouver un équilibre dans l'intensité, prise de conscience sur la réflexion sur le ressenti émotionnel
		Bien-être et plaisir	Bien-être, plaisir
		Changement de réaction au jugement des autres	Diminution du sentiment d'être épiée, possibilité de s'exprimer sans être évaluée, indifférence au jugement des autres
		Expression des émotions	Expression des émotions par le mouvement
		Modification du vécu émotionnel	Modification du vécu émotionnel, renforcer les sentiments
		Reprise de contact avec soi et son corps	Se retrouver soi-même, reprise de contact avec son corps
		Attitude mentale positive	Améliorer la confiance en soi, assainir son esprit, s'ouvrir l'esprit
		Développement d'une aise à bouger	Aise à s'exprimer et à bouger, se dégêner en groupe
		Mise en lumière de capacités	Imagination, concentration, conscience de soi, confiance

		intrapersonnelles (pendant implicite)	en soi, plein d'espoir
		Mise en lumière de la connexion avec les autres (pendant implicite)	Mise en lumière de la connexion avec les autres, prise de conscience de la ressemblance émotionnelle avec les autres, découverte d'un autre univers
		Environnement sécuritaire	Confiance et absence de jugement
		Prise de position active (pendant implicite)	Actions visant la réalisation de quelque chose, participation malgré l'état antérieur
	Absence	Aucun impact perçu	Absence de modification dans le vécu émotionnel, absence de bienfait de la danse-thérapie, absence d'impact sur la perception du corps
Éléments appréciés	Besoins répondus	Communication par le mouvement	Découverte des phrases en mouvements, mouvements associés à un vécu émotionnel
		Détachement émotionnel	Exercice moins axé sur les émotions
		Utilisation de la force	Force
		Exploration et respect des limites corporelles	Exploration des limites corporelles, moins de contacts physiques
		Ambiance appropriée aux besoins présents	Adaptation mouvements et musique, musique, séance calme, séance dynamisante
		Connexion avec les autres	Contact avec les autres
		Évolution personnelle	Travailler sur soi
	Format de la thérapie	Appréciation générale	Appréciation de la séance, bouger, bouger plus qu'à l'habitude, activité amusante, appréciation de discuter de la fin de semaine
		Exploration variée	Variation dans les séances, utiliser le corps différemment
		Exercices spécifiques à la danse-thérapie	Exercice de miroir, utilisation de l'espace, accessoires, étirements, faire des mouvements à répétition, inspiration
Éléments déplaisants	Besoins non répondus	Plaisir	Manque de variété dans les activités, séance ennuyante, longueur des séances, répéter des mouvements
		Exploration des émotions	Absence de vécu émotionnel
		Bien-être (post)	Manque de compréhension des exercices, malaise dans

			certaines exercices
		Mouvements énergiques	Absence de mouvements énergiques
		Limites corporelles	Contacts physiques trop nombreux
		Communication	Difficulté de la danse-thérapeute à s'exprimer en français, étrangeté et isolement
		Ambiance inappropriée aux besoins	Ambiance groupale désagréable
Objectifs thérapeutiques	Psychologique	Confiance	Acquérir de la confiance en soi, confiance envers les autres, s'exprimer devant les autres
		Attitude mentale	Diminuer l'anxiété, lâcher-prise, sens de l'humour, redonner vie à sa personnalité
Facteurs antérieurs	Physique	Changements corporels	Travailler la posture, acquérir de la flexibilité
	États	Ouverture	Curiosité, ouverture d'esprit
		Indisponibilité physique	Difficulté à respirer, manque d'énergie, sensation d'être malade, sensation d'être pleine
		Indisponibilité émotionnelle	Manque de motivation, mauvaise émotion, nervosité, vécu présent difficile
	Traits	Disponibilité à la danse-thérapie	Difficulté à trouver les bons mots, facilité à bouger, facilité à s'exprimer par des gestes, intelligence kinesthésique
		Limites de la disponibilité à la danse-thérapie	Difficulté à être spontanée dans les mouvements, malaise à bouger, forcer le corps à bouger beaucoup

### Rubriques thématiques en lien avec l'hospitalisation (groupes expérimental et témoin)

Axes	Sous-axes	Rubriques	Thèmes
Résultats	Présence	Diminution des préoccupations	Diminution des pensées négatives, se changer les idées
		Augmentation de l'énergie	Augmentation de l'énergie
		Acceptation et force intérieure	Retrouver le goût en la vie, faire le point, acceptation, puiser en soi, apprendre à affronter la souffrance, prise de conscience de la bonne estime de soi, prise de conscience de la confiance en soi, prise de conscience

		Diminution du stress en milieu familial	Diminution du stress en milieu familial
		Instauration d'un rapport plus sain à l'alimentation	Stabilisation du poids avec une alimentation régulière, capacité à se changer les idées après les repas, diminution des préoccupations sur la nourriture, ajout d'aliments caloriques dans l'alimentation
		Acceptation et écoute du corps	Diminution de l'obsession sur le poids, appréciation du corps en comparaison aux autres corps maigres, désir de prendre du poids, acceptation des changements corporels, changement de paradigme, importance de prendre soin du corps, perception positive temporaire du corps
		Prise de conscience des perturbations de l'image corporelle	Nécessité de prendre du poids, prise de poids peu apparente, influence des standards sociaux de beauté sur la perception corporelle, perception corporelle négative, compréhension de la maladie, importance de la santé
	Absence	Aucun impact perçu	Absence de bienfait de l'hospitalisation, absence d'impact sur la perception du corps, maintien de la perception négative du corps (implicite)
		Impression de devoir se débrouiller seule	Puier en soi, compréhension de soi-même, apprendre à affronter ses peurs
	Détérioration	Augmentation des perturbations de l'image corporelle	Préoccupation pour la prise de poids, augmentation de la perception négative du corps, corps dégoûtant en comparaison aux autres corps maigres
Éléments appréciés	Besoins répondus	Obtention d'une aide externe	Aide offerte
Éléments déplaisants	Imposition	Contrôle extérieur	Contrôle
		Changements alimentaires et corporels	Gavage, prise de poids
Objectifs thérapeutiques	Psychologique	Changements d'attitude	Prendre soin de sa santé, ne plus revenir en hospitalisation
	Physique	Prise de poids	Prise de poids



Facteurs antérieurs	État du trouble alimentaire	Détérioration physique	Corps maigre, corps en mauvaise forme
		Perturbations corporelles et alimentaires	Corps en tant que bolide de course, mauvaise relation à la nourriture
		Stabilité du trouble alimentaire	Maintien de la perception du corps, maladie moins présente